



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**‘Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica:
capacitar os Enfermeiros para uma alimentação
alternativa.’**

Ana Patrícia Vicente Valeriano

Orientação: Professora Margarida Malcata

Professora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**‘Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica:
capacitar os Enfermeiros para uma alimentação
alternativa.’**

Ana Patrícia Vicente Valeriano

Orientação: Professora Margarida Malcata

Professora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

‘Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa’

Ana Patrícia Vicente Valeriano

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Paula Rodrigues

Arguente: Professora Doutora Dulce Cruz

Orientador: Professora Margarida Malcata

Data: 14 de Julho de 2020

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.

Marthin Luther King

Agradecimentos

De uma forma geral, tenho de agradecer a todos que se cruzaram comigo nesta etapa da minha vida. No entanto, não posso deixar de focar, em particular as pessoas que fazem parte do meu coração e que me ajudaram, de forma direta ou indiretamente, a concluir esta etapa do meu percurso académico.

Aos meus pais, por terem criado a pessoa que sou hoje e pelos incentivos constantes.

À minha avó Bia, o meu mais que tudo, que me ajudou incansavelmente.

Ao meu avô Manuel, que apesar de ausente fisicamente esteve sempre presente espiritualmente e me deu força para continuar esta batalha.

Ao meu inicialmente namorado, Filipe, e atual marido que incansavelmente esteve sempre presente nos bons e maus momentos. O meu muito obrigada meu amor...

Às minhas colegas de Mestrado, e amigas, Daniela, Ana, Patrícia e Adriana, que juntas percorremos o mesmo caminho, e que me incentivaram a não desistir nunca.

À Professora Margarida Malcata pela disponibilidade, orientação e apoio constante nesta etapa da minha vida.

À Professora Ana Ramos pela sua capacidade de incentivo e pela sua constante disponibilidade na orientação deste relatório.

A todas as crianças e respetivas famílias com que contacto diariamente na minha vida profissional, e que direta ou indiretamente me motivam a ser cada dia melhor.

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

Título: Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa.

O vegetarianismo – um regime alimentar alternativo – tem adquirido uma expressão significativa em Portugal, devido à ascensão no número de pessoas vegetarianas, nos últimos anos. Apesar de este tipo de regime alimentar possuir benefícios, pode, quando praticado de forma inadequada e desequilibrada, acarretar complicações para o ciclo vital e especificamente para a infância, por ser um período de grandes transformações e constantes mudanças a nível do crescimento e desenvolvimento.

Perante esta temática atual, foi desenvolvido um Projeto de Estágio, com carácter de transversalidade a ambos os estágios clínicos – Estágio I e Estágio Final – que visou sensibilizar e capacitar os Enfermeiros para a temática do vegetarianismo, com o intuito de realização de ensinamentos devidamente fundamentados ao binómio criança/família.

A realização deste Relatório de Estágio, que documenta o caminho académico percorrido, permitiu explanar a aquisição e desenvolvimento das diversas competências como, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Competências de Mestre.

Palavras-Chave: Dieta Vegetariana; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Promoção da Alimentação Saudável.

ABSTRACT

Title: Vegetarian Food in Pediatric Age: train Nurses for alternative food.

Vegetarianism or vegetarian diet has been increasing in popularity in recent years. Although vegetarian diet offers benefits, it can, when unbalanced, pose health risks. These are particularly present during childhood, a period of great changes and growth in the human body.

The aim of my clinical internship (Estágio I and Estágio Final) was to increase awareness of vegetarian diet among nursing staff. I, particularly focused on the dynamic child & family.

The completion of this Internship Report, which documents the academic path taken, allowed to explain the acquisition and development of the various competences such as, Common Skills of the Specialist Nurse, Specific Skills of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and Master's Skills.

Keywords: Vegetarian diet; Child and Pediatric Health Nursing; Promotion of Healthy Eating.

Abreviaturas e Símbolos

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ADN - Ácido Desoxirribonucleico

APA - *American Psychological Association*

ARS - Administração Regional de Saúde

AVP - Associação Vegetariana Portuguesa

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm - centímetros

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

E.P.E - Entidade Pública Empresarial

ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional

ESPGHAN - *European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition*

g - grama

HTA - Hipertensão Arterial

IPP - Instituto Politécnico de Portalegre

INE - Instituto Nacional de Estatística

kg – quilograma

km - quilometro

km² - quilometro quadrado

MCAF - Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar

mg - miligrama

ml - mililitro

NIDCAP - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido

OMS - Organização Mundial de Saúde

PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo

PNAS - Programa Nacional de Acreditação em Saúde

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN - Recém-Nascido

SAP- Serviço de Atendimento Permanente

SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SGS II - Escala de Avaliação das Competências no desenvolvimento infantil

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Serviço de Observação

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

UNICEF - United Nations Children´s Fund

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

% - Percentagem

Índice

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1.1. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E A SUA INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO.....	22
1.2. ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA EM IDADE PEDIÁTRICA: RISCOS E BENEFÍCIOS	28
1.2.1. Benefícios:	29
1.2.2. Riscos	31
1.3. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA PERANTE UMA CRIANÇA/FAMÍLIA COM UM REGIME ALIMENTAR VEGETARIANO	38
1.3.1. Alimentação até aos 6 meses de vida	40
1.3.2. Etapa de Diversificação Alimentar	41
1.3.3. Introdução na dieta familiar: Alimentação a partir dos 12 meses	43
1.4. PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E O MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER	46
CAPÍTULO 2 – PROJETO DE ESTÁGIO: ‘ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA EM IDADE PEDIÁTRICA: CAPACITAR OS ENFERMEIROS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ALTERNATIVA	50
2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE PROJETO	50

2.1.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	51
2.1.1.1. Instrumento de Diagnóstico.....	54
2.1.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	54
2.1.3. PLANEAMENTO	55
2.1.4. EXECUÇÃO DO PROJETO.....	58
2.1.5. Avaliação e Discussão dos resultados alcançados	79
2.1.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	83
 CAPÍTULO 3- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA APRENDIZAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS: DESDE OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS AOS CUIDADOS DIFERENCIADOS	 84
3.1. ESTÁGIO I	85
3.2. ESTÁGIO FINAL	92
3.2.1. Serviço de Neonatologia	92
3.2.2. Serviço de Urgência Pediátrica	97
3.2.3. Serviço de Internamento de Pediatria	100
 CAPÍTULO 4- AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	 107
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	108
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	118
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	127

CONCLUSÃO	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E NET-GRAFIA	134
ANEXOS.....	145
Anexo A.....	146
Parecer das instituições onde se realizaram os estágios clínicos – Estágio I e Estágio Final .	146
Anexo B.....	150
Parecer da comissão de ética do Instituto Politécnico de Portalegre	150
Anexo C.....	152
Certificado de participação nas VII Jornadas de Pediatria – Vila Franca de Xira	152
Anexo D.....	155
Certificado de participação nas Jornadas de Pediatria – Hospital Cuf Torres Vedras	155
APÊNDICES.....	158
Apêndice 1.....	159
Instrumento de Diagnóstico - Questionário	159
Apêndice 2.....	166
Resumo de Projeto de Estágio	166
Apêndice 3.....	171
Pedido de autorização às instituições para implementação do Projeto de Estágio	171

Apêndice 4.....	177
Cronograma – planeamento da formulação das atividades.....	177
Apêndice 5.....	180
Artigo de Revisão da Literatura: <i>Scoping Review</i>	180
Apêndice 6.....	184
Consentimento informado, livre e esclarecido acerca da participação no projeto ‘Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa’	184
Apêndice 7.....	186
Caracterização da população-alvo – Enfermeiros: síntese dos dados recolhidos através do preenchimento dos questionários	186
Apêndice 8.....	188
Dados extraídos dos questionários: USF, SUP e Departamento de Pediatria.....	188
Apêndice 9.....	204
Planos das sessões de formação	204
Apêndice 10.....	208
Questionário de avaliação da sessão de formação	208
Apêndice 11.....	211
Folheto elaborado para a USF	211
Apêndice 12.....	214

Atualização e transformação de um guia alimentar elaborado por Dina Morganheira em 2018 em 2 folhetos.....	214
Apêndice 13.....	219
Folheto elaborado para o Serviço de Neonatologia	219
Apêndice 14.....	222
Folheto elaborado para o SUP	222
Apêndice 15.....	225
Guia alimentar elaborado para o Serviço de Internamento de Pediatria.....	225
Apêndice 16.....	238
Dados extraídos dos questionários de avaliação das sessões de formação: USF, SUP e Serviço de Internamento de Pediatria.....	238
Apêndice 17.....	245
Estudo de Caso	245
Apêndice 18.....	287
Sessão de Formação realizada na USF.....	287
Apêndice 19.....	301
Sessão de formação realizada no SUP	301
Apêndice 20.....	314
Sessão de formação realizada no Serviço de Internamento de Pediatria.....	314

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Planeamento do Projeto de acordo com cada objetivo específico delineado	57
Tabela 2 - Perceção geral dos Enfermeiros à temática da alimentação vegetariana	66
Tabela 3 - Scores obtidos pelos Enfermeiros	67
Tabela 4 - Resposta dos Enfermeiros à pergunta 6	68
Tabela 5 - Resposta dos Enfermeiros à pergunta 7	69
Tabela 6 - Resposta dos Enfermeiros aos itens que avaliam o nível de atuação na prestação de cuidados à criança/cuidadores acerca da temática da alimentação	70
Tabela 7 - Scores obtidos pelos Enfermeiros	71
Tabela 8 - Prática clínica dos Enfermeiros perante a alimentação vegetariana	72
Tabela 9 - Existência de materiais informativos acerca da alimentação vegetariana nos diversos serviços	73
Tabela 10 - Opinião dos Enfermeiros acerca dos materiais informativos que gostariam que fossem implementados no seu serviço	74

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Perceção geral dos Enfermeiros à temática da alimentação vegetariana	66
Gráfico 2 - Scores obtidos pelos Enfermeiros	67
Gráfico 3 - Respostas dos Enfermeiros à pergunta 6	68
Gráfico 4 - Respostas dos Enfermeiros à pergunta 7	69
Gráfico 5 - Resposta dos Enfermeiros aos itens que avaliam o nível de atuação na prestação de cuidados à criança/cuidadores acerca da temática da alimentação	70
Gráfico 6 - Scores obtidos pelos Enfermeiros	71
Gráfico 7 - Prática clínica dos Enfermeiros perante a alimentação vegetariana	72
Gráfico 8 - Prática clínica dos Enfermeiros perante a alimentação vegetariana	74
Gráfico 9 – Opinião dos Enfermeiros acerca dos materiais informativos que gostariam que fossem implementados no seu serviço	75
Gráfico 10 - Nível de conhecimento dos Enfermeiros após realização das sessões de formação	81
Gráfico 11 - Resposta dos Enfermeiros do SUP integrante da ARS Lisboa e Vale do Tejo ao ponto C do Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação	82
Gráfico 12 - Resposta de todos os Enfermeiros ao ponto D do Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação	83

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foi-nos solicitado desenvolver um projeto de estágio que integrasse uma temática com carácter de transversalidade a todos os estágios – Estágio I e Estágio Final. Por sua vez, o relatório de estágio, integra a descrição e reflexão da aprendizagem clínica, assim como o projeto desenvolvido no âmbito dos estágios. Deste modo, o presente relatório de estágio apresenta como objetivos primordiais relatar o processo de construção e aplicabilidade do projeto de estágio, bem como analisar criticamente o percurso académico cursado tendo em conta a aquisição das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista e das Competências de Mestre. Neste sentido, e de acordo com a linha de investigação **‘Necessidades em cuidados de Enfermagem em populações específicas’** emergiu o tema da alimentação saudável, com o objetivo de capacitar os Enfermeiros para um regime alimentar alternativo – o vegetarianismo.

Esta temática surge pela necessidade sentida a nível da prestação de cuidados, uma vez que cada vez mais famílias adotam um regime alimentar vegetariano, pelo que os Enfermeiros necessitam de desenvolver conhecimentos acerca do mesmo. Assim, e de acordo com o objetivo de ir ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista e das competências de Mestre em Enfermagem, desenvolvemos um projeto cujo foco é a alimentação vegetariana em idade pediátrica, motivo pelo qual se denomina de **‘Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa’**. O principal objetivo é contribuir para um (...) conhecimento em enfermagem, com o intuito de produzir, um saber fundamentado e uniforme para que os enfermeiros realizem uma prática clínica de qualidade (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Este projeto, assente na Metodologia de Trabalho de Projeto, apresenta como objetivo geral *‘contribuir para a promoção de uma alimentação vegetariana equilibrada e saudável em idade pediátrica’* e como objetivos específicos *‘desenvolver conhecimentos relacionados com a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica’, ‘sensibilizar e capacitar as equipas de enfermagem para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica’ e ‘otimizar estratégias junto dos profissionais de saúde, nomeadamente Enfermeiros, de forma a capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa na adoção de medidas que promovam uma alimentação vegetariana saudável em idade pediátrica’*.

O vegetarianismo, bem como os restantes regimes alimentares que o integram, têm sido foco de grande interesse nos últimos anos (Amaral, 2017), pois a evidência científica a favor do aumento de produtos de origem vegetal na nossa alimentação tem-se acumulado (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015). Em Portugal, um estudo efetuado em 2007 promovido pelo Centro Vegetariano constatou a existência de 30 000 portugueses vegetarianos (0,3% da população nunca consumiu carne ou peixe, 5% da população excluiu uma das categorias alimentares como carne, peixe, laticínios ou ovos, 2% nunca consumiu carne e 1% nunca consumiu peixe) (Amaral, 2017). Atualmente, um novo estudo estatístico, da Nielson, revelou que o número de vegetarianos em Portugal quadruplicou na última década, perfazendo no total 120 000, o que corresponde a 1,2% da população portuguesa (Associação Vegetariana Portuguesa [AVP], 2017).

Inicialmente foram descritas as vantagens da ingestão de substâncias presentes nos vegetais, nomeadamente minerais e vitaminas, capazes de diminuir os riscos de deficiências nutricionais. No entanto, com a descoberta de novas substâncias fitoquímicas presentes nos produtos de origem vegetal, com propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias, capazes de protegerem as células, aumentou significativamente o interesse pelo consumo de vegetais (fruta e hortícolas). Entretanto, esse interesse tornou-se mais evidente quando se concluiu que o seu efeito protetor podia ser ampliado pela atuação sinérgica dos vários fitoquímicos presentes nos produtos de origem vegetal, sugerindo que estes e as suas múltiplas combinações, por exemplo, em preparações culinárias, podiam ser mais interessantes na proteção da saúde do que os nutrientes por si só (DGS, 2015).

A evidência aponta não só para a importância do consumo regular de produtos de origem vegetal, como para o facto de uma alimentação exclusivamente baseada nestes produtos ser igualmente ou até mais protetora da saúde humana. Por outro lado, hoje em dia temos conhecimento que uma alimentação exclusivamente vegetariana, quando bem planeada, pode preencher todas as necessidades nutricionais do ser humano, podendo ser adaptada a todas as fases do ciclo de vida, incluindo a gravidez, período de amamentação, infância, adolescência e em idosos ou até mesmo atletas (DGS, 2015).

A criança, pelas suas características particulares, tem necessidade de cuidados de enfermagem de acordo com a sua condição de saúde, seja ela saudável ou doente, e de acordo com o seu estadió de desenvolvimento e cultura, pelo que o objetivo primordial da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assenta na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde

das crianças e respetivas famílias, ajudando-os a ultrapassar com sucesso as diversas transições por que passam (Fernandes, 2018).

Desta forma, a infância e o período da adolescência são fases onde ocorre um rápido crescimento físico e desenvolvimento cognitivo e de aquisição de competências sociais e comportamentais. Durante estes períodos é necessária uma ingestão alimentar adequada a cada grupo etário, de forma a assegurar um crescimento adequado e um bom estado de saúde, pelo que a aquisição de hábitos alimentares saudáveis poderá assegurar que estes perdurem ao longo do ciclo vital (DGS, 2016). Assim, os Enfermeiros, em particular os especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [ESIP], encontram-se numa situação privilegiada pois podem atuar nas mais diversas situações de forma a incrementarem a promoção e adoção de estilos de vida saudáveis tanto a crianças como às suas famílias que pretendem ou já seguem um plano alimentar vegetariano.

O presente Relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos distintos. Após a *Introdução*, onde se efetuou uma breve nota introdutória e justificativa acerca da temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica e se delinearão os objetivos, surge o primeiro capítulo denominado por *Enquadramento Teórico*, onde se procedeu à exposição de informações gerais acerca da alimentação saudável e a sua influência no desenvolvimento das crianças/adolescentes, dando especial destaque posteriormente à temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica com enfoque nos riscos e benefícios. Neste capítulo damos especial importância à atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] perante um regime alimentar vegetariano, culminando com a interligação desta temática com o Modelo de Nola Pender – Promoção da Saúde.

O segundo capítulo, denominado por *Projeto de Estágio: 'Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa'* centra-se no desenvolvimento do projeto de estágio, propriamente dito, tendo em conta a Metodologia de Trabalho de Projeto. Desta forma, percorremos as suas 5 fases distintas, tendo em conta o percurso académico cursado, iniciando-se pelo diagnóstico de situação, onde se integra a aplicação do instrumento de diagnóstico eleito – questionário – realizando posteriormente o planeamento das atividades, a execução dessas mesmas atividades planeadas, a avaliação e por fim a divulgação dos resultados obtidos.

No terceiro capítulo, *Descrição e análise da aprendizagem na prestação de cuidados especializados: desde os cuidados de saúde primários aos cuidados diferenciados*, efetuámos uma descrição e análise crítica de todo o percurso formativo cursado – Estágio I e Estágio Final. Por sua vez, no quarto e último capítulo deste Relatório, *Aquisição e desenvolvimento de competências*, tendo em conta o projeto desenvolvido foi realizada uma análise devidamente fundamentada e crítica, que permitiu considerar a aquisição das mais variadas competências que integram as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, particularmente do EEESIP, e das Competências de Mestre.

Findamos este Relatório com a *Conclusão*, onde se realizou uma breve síntese dos aspetos significativos, dando especial importância às conclusões obtidas resultantes da implementação do projeto.

Todo o documento foi elaborado em conformidade com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (2ª versão) da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre [IPP] (Arco, Arco, Lucindo & Martins, 2018) e segundo a Norma de Referenciação Bibliográfica da *American Psychological Association* [APA] 6ª edição. Foi ainda redigido conforme o novo acordo ortográfico, à exceção da bibliografia consultada anterior ao mesmo.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Enquadramento Teórico permite “expor a informação obtida através da consulta e análise bibliográfica que se julgou relevante para a compreensão da temática em estudo, e que proporcionasse dados suscetíveis de ajudar a responder cientificamente às questões de partida” (Moital, 2012, p.16).

Desta forma, neste primeiro capítulo, e tendo em conta a ideia do autor anteriormente citado, efetuámos uma revisão da literatura, que para além de ter norteado todo o percurso académico, permitiu fundamentar todas as estratégias utilizadas, bem como as ações desenvolvidas ao longo dos estágios. De acordo com Echer (2001), uma revisão da literatura é fundamental para a elaboração de um trabalho com carácter científico, e para a sua elaboração é necessário uma ideia clara acerca do problema a ser resolvido. Corroborando esta ideia, Mendes, Silveira & Galvão (2008) revelam que uma revisão da literatura é um método rigoroso que permite a pesquisa, avaliação crítica e síntese de evidências atualizadas acerca de um determinado problema ou temática.

Para além de toda a pesquisa efetuada, a construção deste projeto baseou-se no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, no Modelo de Cuidados Centrados na Família e no Modelo de Parceria de Cuidados. Todos estes modelos nortearam a nossa prestação de cuidados ao binómio criança/família, no sentido de promover a saúde e prevenir a doença, particularmente relacionado com o tema da alimentação vegetariana em idade pediátrica.

1.1. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E A SUA INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO

O conceito de alimentação saudável pode ser definido como aquele que atende a todas as necessidades do organismo, devendo reger-se pela “quantidade” – de nutrientes deve ser suficiente para cobrir todas as necessidades energéticas do organismo; “qualidade” – onde se deverá incluir todos os nutrientes necessários, o que se obtém pela inclusão de todos os grupos alimentares na alimentação diária; “harmonia” – respeitando a quantidade de alimentos; e “adequação” – a alimentação deverá ser individualizada e respeitar as características culturais,

económicas e sociais (Kanematsu, Gatti, Chiconatto & Melhem, 2016).

A aquisição de hábitos alimentares saudáveis não significa ter uma alimentação restritiva ou monótona, pois “fazer uma alimentação saudável deve ser encarado como uma oportunidade para expandir o seu leque de escolhas (...), de modo a enriquecer os hábitos alimentares (...)”, sendo “fundamental procurar obter um equilíbrio entre a energia que se consome e a energia que se gasta” (DGS, 2005, p.4-5). Desta forma, a alimentação, desempenha diversas funções, nomeadamente, assegura a sobrevivência do ser humano, fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo, contribui para a manutenção do estado de saúde físico e mental, desempenha um papel fundamental na prevenção de determinadas doenças (obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, diversas tipologias de cancro), e contribuiu para o adequado crescimento e desenvolvimento de criança e adolescentes (DGS, 2005).

De um modo geral, é através da alimentação que o organismo obtém e assimila os nutrientes fundamentais para o exercício das funções vitais, como o crescimento, movimento, reprodução e manutenção da temperatura corporal. A principal forma de garantir a satisfação de todas as necessidades que o organismo necessita, em nutrientes, e que evitem a ingestão excessiva de substâncias nefastas para a saúde, é através da variedade na alimentação. Neste sentido, o tipo de alimentos, as quantidades, os métodos de preparação e os horários devem ser adequados às condições e necessidades de cada indivíduo, tendo em consideração fatores como a idade, sexo, grau de atividade física, estado de saúde, entre outros fatores. Assim, se a criança apresentar uma alimentação inadequada, em quantidade e qualidade, o seu crescimento poderá ser afetado, dando origem ao aparecimento de situações de doença ou de comprometimento global do desenvolvimento (DGS, 2016).

O crescimento e desenvolvimento são considerados fenómenos biológicos básicos que caracterizam a idade pediátrica, devido à sua abrangência multifatorial e estarem associados a aspetos socioeconómicos, biológicos e ambientais. A alimentação é determinante para a sobrevivência do ser humano, pelo que está provada uma forte associação entre a sua adequação e o crescimento, o desenvolvimento e a expressão do binómio saúde/doença ao longo da vida (DGS, 2019).

O processo de desenvolvimento segue princípios de maturação, nomeadamente o princípio *cefalo-caudal* e o princípio *próximo-distal*. Relativamente ao princípio *cefalo-caudal*, o desenvolvimento ocorre da cabeça para a cauda (o cérebro desenvolve-se muito

rapidamente antes do nascimento, pelo que a cabeça de um bebé recém-nascido é desproporcionalmente grande. À medida que a criança cresce, a cabeça torna-se proporcionalmente menor, e as partes inferiores do corpo desenvolvem-se – os bebés aprendem a utilizar as partes superiores do corpo, antes de utilizarem as inferiores. No que diz respeito ao princípio *próximo-distal*, sabe-se que o crescimento e desenvolvimento ocorrem do centro do corpo para fora. Nos primeiros anos de vida, os membros continuam a crescer mais rápido que as mãos e pés (Papalia, 2006).

“De modo análogo as crianças primeiro desenvolvem a capacidade de utilizar as partes superiores de braços e pernas (que ficam mais próximas do centro de corpo), depois os antebraços e parte inferior das pernas, depois mãos e pés e, por fim, os dedos de pés e mãos” (Papalia, 2006, p.163).

No primeiro ano de vida, particularmente no primeiro semestre, ocorrem rápidas mudanças ao nível do crescimento e desenvolvimento, a maior que ocorre em toda a vida do ser humano, isto porque aos 5 meses, o peso médio do bebé duplica e com um ano o peso triplica. Paralelamente a esta rápida velocidade de crescimento, ocorrem nesta fase importantes transformações neuromotoras e cognitivas. Aos 3-4 meses a atividade motora ainda é reduzida, no entanto por volta dos 4 meses regista-se um controlo cefálico e aos 6 meses o lactente já adquire a posição de sentado (controlo axial). “A partir deste momento, perante uma grande evolução cognitiva, o lactente vai desenvolvendo uma atividade física exploratória do ambiente que o rodeia e uma sociabilização crescentes”. Todas estas aquisições permitem-lhe descobrir não só os alimentos que lhe vão sendo oferecidos progressivamente (aprende a pegar e a levar à boca, depois a morder e finalmente a mastigar), bem como o meio ambiente que os envolve. Por sua vez, aos 7-8 meses o lactente aprende, por vezes, a gatinhar e aos 12 meses, a andar (DGS, 2019, p.21; Papalia, 2006).

Assim, depreende-se que, “em menos de 1 ano o lactente passa, progressivamente, de um “estilo de vida” quase inativo para um estilo de vida com elevada atividade motora, sensorial e social, com importante repercussão na componente alimentar”, uma vez que, enquanto no primeiro semestre, a ingestão de leite materno, rico em gordura, garante exclusivamente, todas as necessidades para um rápido crescimento somático e uma maturação acelerada a nível do sistema nervoso central, a partir dos 5-6 meses, a desaceleração na velocidade do crescimento e o aumento da atividade motora, obriga a uma mudança no perfil alimentar (menor necessidade de energia e gordura, contrariamente a uma

maior necessidade de hidratos de carbono – fonte de eleição para o trabalho muscular). É durante esta fase de vida que ocorre um aumento progressivo do volume gástrico, que permitirá a aceitação de maiores quantidades de comida, bem como uma maturação das enzimas digestivas que permitirão a aceitação e digestão de outros alimentos que não o leite (DGS, 2019, p.22).

O rápido crescimento, que se faz sentir durante o primeiro ano de vida, diminuiu drasticamente durante o segundo e terceiro ano de vida, mantendo-se baixa e estável até ao período da adolescência. Após o 1º ano de vida ocorre um processo de desaceleração na velocidade de crescimento, que se denomina por “anorexia fisiológica do 2º ano de vida”. Esta caracteriza-se por uma redução significativa do apetite da criança, e consequentemente da ingestão alimentar associada a um desinteresse pela comida, resultantes da diminuição das necessidades nutricionais nesta fase do ciclo de vida. Naturalmente, este comportamento é interpretado pelos pais/cuidadores como algo preocupante e patológico, mas na verdade é um processo natural, expectável e fisiológico (DGS, 2019, p.23).

A par do crescimento físico, continua a decorrer, nesta faixa etária, uma maturação fisiológica dos órgãos e dos sentidos, para além de um crescente desejo de afirmação e de estruturação da personalidade. Com estas características é possível desenvolver com a criança a sua autonomia, paralelamente à aprendizagem e cumprimento de regras (DGS, 2019).

“De facto, o ato normal de alimentar depende da integração bem-sucedida das funções fisiológicas, mas também das relações interpessoais, numa fase muito precoce do desenvolvimento. Importa, pois, entender a alimentação como um ato complexo e não apenas uma mera reposição calórica” (DGS, 2019, p.24).

Na idade pré-escolar, período compreendido entre os 3 e os 6 anos de idade, perante a combinação das aquisições biológicas, psicossociais, cognitivas, espirituais e sociais ocorre uma preparação da criança para a mudança mais significativa no seu estilo de vida: a entrada para o jardim-de-infância/escola. A nível do desenvolvimento físico verifica-se um abrandamento e estabilização durante o período pré-escolar, pelo que o aumento médio do peso é de 2 a 3 quilogramas [kg] por ano. O mesmo se passa com a altura, que se mantém estável, verificando-se um aumento anual de 6,5 a 9 centímetros [cm] (Hockenberry & Wilson, 2014).

Desta forma, "as crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos necessitam dos mesmos nutrientes que as crianças de outras idades, mas em quantidade diferente. Comparativamente com o primeiro ano de vida, a taxa de crescimento é consideravelmente menor durante a idade pré-escolar, resultando em menores necessidades nutricionais por cada quilograma de peso. No entanto, porque o peso corporal é superior ao do primeiro ano, as necessidades nutricionais totais diárias são superiores. Mantendo um padrão de crescimento sobreponível ao descrito para o segundo ano de vida, a criança em idade pré-escolar continua a crescer e a desenvolver os seus órgãos e sistemas, nomeadamente o sistema músculo-esquelético, tendo necessidades nutricionais particulares que são, por cada quilograma de peso, superiores às de um adulto" (DGS, 2019, p.40)

O período do ciclo de vida, compreendido entre os 6 e os 12 anos de idade, designado por idade escolar, é um período se caracteriza pela forte influência do ambiente escolar, que representa o contexto de maior influência nesta fase, com impacto muito significativo no desenvolvimento e nas relações interpessoais. A nível físico esta fase inicia-se com a queda dos primeiros dentes e culmina com o início da puberdade e a aquisição da dentição permanente. Assim, "em contraste, o período médio da infância – entre o rápido crescimento da primeira infância e o crescimento súbito do pré-adolescente – é um tempo de crescimento e desenvolvimento gradual, com uma evolução mais uniforme tanto nos aspetos físicos como emocionais" (Hockenberry & Wilson, 2014, p.684).

A nível nutricional, sabe-se que apesar de nesta faixa etária as necessidades caloricas serem reduzidas em relação ao tamanho do corpo, paralelamente estão a ser armazenadas para as necessidades acrescidas de crescimento e desenvolvimento no período da adolescência, pelo que é essencial incutir às crianças e aos seus pais/cuidadores a necessidade de adoção de estilos de vida saudável no sentido de promover o seu crescimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

Por sua vez, a adolescência, período transitório entre a infância e a idade adulta, caracteriza-se por profundas mudanças biológicas, intelectuais e psicossociais. As mudanças que ocorrem nesta fase do ciclo de vida acarretam importantes implicações na compreensão do tipo de riscos a que os jovens estão sujeitos, bem como no tipo de comportamentos de risco em que se envolvem paralelamente com a oportunidade de promoção da saúde. Desta forma, os hábitos dietéticos são umas das principais preocupações, uma vez que a

puberdade, fase que marca o princípio do crescimento acelerado, pode levar a um aumento significativo das necessidades de determinados nutrientes, como o ferro, cálcio, zinco e proteínas. Por sua vez, a independência, a necessidade de aceitação pelos pares, a preocupação constante com a aparência física e a adoção de um estilo de vida ativo, pode afetar negativamente os hábitos alimentares, as escolhas da comida, a ingestão de nutrientes e consequentemente a situação nutricional (Hockenberry & Wilson, 2014).

Desta forma, podemos concluir que a alimentação se encontra diretamente relacionada e interfere diretamente no crescimento e desenvolvimento de uma criança, pelo que é extremamente importante educar os pais e até mesmo as próprias crianças para a necessidade de efetuarem diariamente uma alimentação saudável e diversificada. Uma alimentação desequilibrada e inadequada favorece o aparecimento de patologias que se repercutem no crescimento e desenvolvimento da criança, e que adquirem expressão na vida adulta.

1.2. ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA EM IDADE PEDIÁTRICA: RISCOS E BENEFÍCIOS

O vegetarianismo é um padrão alimentar cujo princípio é a exclusão do consumo de carne, e conforme a restrição de determinados produtos de origem animal, assim se subdivide em diversos tipos. A omissão de carne ou outros produtos de origem animal na dieta não é algo exclusivo dos tempos modernos, uma vez que estes regimes alimentares já eram mencionados desde a Antiguidade, por filósofos gregos como Platão e Pitágoras, apesar do termo “vegetariano” ter surgido apenas no século XIX (Barranha, 2017).

O conceito de dieta vegetariana associa-se geralmente a um padrão de consumo alimentar que faz uso predominantemente de produtos de origem vegetal, excluindo produtos como a carne e pescado (e seus derivados), no entanto poderá incluir produtos como ovo e laticínios, sendo que a sua inclusão é um dos principais fatores de diferenciação das dietas vegetarianas. De um modo geral, os cereais, hortícolas, frutas, leguminosas, frutos gordos e sementes são os alimentos mais comuns aos vários tipos de dietas vegetarianas (DGS, 2016).

Desta forma, a alimentação vegetariana pode ser classificada, de acordo com a DGS (2016) como:

Ovolactovegetariana – exclui carne e pescado, permite ovos e laticínios;

Lactovegetariana – exclui carne, pescado e ovos, permite laticínios;

Ovovegetariana – exclui carne, pescado e laticínios, permite ovos;

Vegetariana estrita e vegana – exclui todos os alimentos de origem animal.

No caso das dietas vegetarianas estritas e veganas, são excluídos todos os alimentos de origem animal como: carne, pescado e ovos (e seus derivados), laticínios, mel, gelatina (exceto a de origem vegetal), banha, ovas, insetos, moluscos, crustáceos, entre outros, e todos os produtos que os contenham. Ainda são excluídos alguns produtos processados que podem conter ingredientes e aditivos que poderão ser de origem animal, como por exemplo: albumina, gordura animal, corantes (como o ácido carmínico – E120), caseína e glicerina (DGS, 2016).

A adoção de um determinado padrão alimentar vegetariano está muita das vezes relacionada com distintos motivos que levam as pessoas a praticar este padrão alimentar, como: saúde, bem-estar dos animais, ambiente, religião, motivos espirituais ou éticos.

Exemplo disso é o caso dos veganos, que praticam um padrão alimentar estrito, que para além de excluírem todos os alimentos de origem animal, excluem ainda diariamente todos os produtos de origem animal, como vestuário (peles, couro, lã, seda, camurça), adornos (pérolas, plumas, penas, marfim), produtos testados em animais (produtos de higiene e maquilhagem) e condena a utilização de animais como forma de entretenimento (touradas, circos e jardins zoológicos) (DGS, 2016).

Nos últimos anos, os recentes avanços da investigação mudaram a compreensão da população sobre a contribuição das dietas vegetarianas para a saúde e prevenção da doença. Ainda que, antigamente, os estudos revelassem riscos sobre um padrão alimentar vegetariano, a verdade é que hoje em dia, existe evidência científica dos benefícios deste padrão alimentar (DGS, 2016).

Desta forma, de modo a mapear a informação existente acerca da temática abordada dando ênfase aos benefícios e riscos da mesma, procedeu-se à construção de um artigo de carácter científico, uma *Scoping Review*, que procura fornecer aos profissionais de saúde a informação mais atual possível.

Posteriormente serão descritos os benefícios e riscos inerentes à prática de uma alimentação vegetariana.

1.2.1. Benefícios:

A evidência científica encontrada, embora carente de novas e atuais investigações, revela-nos que a prática de uma alimentação vegetariana pode contribuir significativamente para a diminuição da prevalência de determinadas patologias, contribuindo maioritariamente para a redução do peso corporal, redução da taxa de mortalidade por doença cardíaca e neoplasias, principalmente do sistema digestivo e diminuição da probabilidade de desenvolvimento de diabetes. De acordo com Baena (2015), de um modo geral, os vegetarianos apresentam um menor risco de desenvolver excesso de peso/obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, neoplasias, entre outras patologias que comprometem a qualidade de vida e a longevidade.

Redução do Peso Corporal: Diversos estudos têm demonstrado que vegetarianos, em especial veganos, são mais magros que a restante população consumidora de carne. Um estudo de corte demonstrou que a prevalência de excesso de peso ou obesidade foi de 40% para não vegetarianos e 25% entre vegetarianos. Isto deve-se, provavelmente, ao consumo elevado de fibras, grãos intestinais, nozes e sementes, bem como ao consumo reduzido de gordura e energia (Baena, 2015; Cullum-Dugan & Pawlak, 2015).

Assim, sabe-se que o uso de uma dieta vegetariana é eficaz para tratar excesso de peso, visto que o consumo de carne vermelha também apresenta relação positiva com o risco de desenvolver excesso de peso e obesidade (Baena, 2015; Cullum-Dugan & Pawlak, 2015).

Diminuição da prevalência de Doenças Cardiovasculares: as dietas vegetarianas estão associadas a uma redução do risco de desenvolver doenças cardiovasculares e a uma redução da taxa de mortalidade por doenças coronárias. Uma análise comparativa de cinco estudos longitudinais demonstrou uma redução de 24% de mortalidade por doenças isquémica do coração em vegetarianos comparativamente a consumidores de carne animal (Cullum-Dugan & Pawlak, 2015).

As dietas vegetarianas melhoram diversos fatores de risco modificáveis para doenças cardíacas, nomeadamente obesidade, hipertensão, perfil lipídico sérico e glicémia. Dentro das possíveis explicações para esses benefícios estão o consumo reduzido de gorduras saturadas e maior ingestão de fibras solúveis, grãos integrais, legumes, nozes e proteínas de soja (Baena, 2015).

Diminuição da prevalência de Hipertensão: Estudos comparativos entre população não vegetariana e vegetarianos demonstrou que estes possuem uma menor prevalência de hipertensão, isto porque comparando a pressão arterial de mais de 21,000 pessoas em todo o mundo descobriram que aqueles que seguem uma dieta vegetariana apresenta valores de pressão arterial sistólica cerca de 7 mmHg e valores de pressão arterial diastólica cerca de 5 mmHg mais baixos comparativamente com a população consumidora de uma dieta não vegetariana (Cullum-Dugan & Pawlak, 2015).

Menor probabilidade de desenvolvimento de Diabetes: Segundo alguns estudos, a população vegetariana possui um risco menor de vir a desenvolver diabetes *mellitus* tipo II quando comparados a indivíduos consumidores de dietas não vegetarianas. A razão pelo qual

existe uma prevalência menor para desenvolver diabetes nos vegetarianos não está ainda totalmente clarificada, no entanto, hoje em dia sabe-se que a ingestão de carne vermelha, carne processada, proteína animal ou ferro heme potencia o desenvolvimento desta patologia (Baena, 2015).

Menor risco de desenvolvimento de Neoplasias: Um estudo revelou que as dietas vegetarianas estão associadas, de um modo geral, a um menor risco de vir a desenvolver cancro, especialmente cancro gastrointestinal (Cullum-Dugan & Pawlak, 2015). Mais especificamente relacionado com o cancro do cólon sabe-se que a redução do risco de vir a desenvolver cancro pela população vegetariana é menor, pelo facto de existir um aumento do consumo de fibras, que aceleram o volume fecal e que por sua vez fazem aumentar a mobilidade intestinal, aumentando o trânsito de substâncias carcinogénicas que diminuem a superfície de contacto e o tempo de exposição da mucosa a estes agressores (Baena, 2015).

1.2.2. Riscos

Paralelamente às evidências científicas que revelam os benefícios deste tipo de regime alimentar, emergem outras evidências que expressam preocupações severas ao nível das carências nutricionais e energéticas deste tipo de regime alimentar. De acordo com Baena (2015), alguns nutrientes específicos podem não se encontrar disponíveis nas dietas vegetarianas, predispondo ao risco de desenvolvimento de doenças provocadas por carências nutricionais e energéticas. Por outro lado, Barranha (2017) evidencia que optar por dietas restritivas pode comprometer o normal desenvolvimento estaturo-ponderal e cognitivo devido à carência proteico-calórica de vitaminas e minerais, sendo que este risco é mais elevado nas dietas mais restritas e não planeadas, dependendo de cada indivíduo.

Deste modo, posteriormente enumeram-se os diversos nutrientes, que embora fundamentais na vida humana, podem ser descurados pela prática de uma alimentação vegetariana inadequada e desequilibrada.

Proteínas: A proteína é um macronutriente, constituído por aminoácidos, e é necessária ao crescimento e reparação de tecidos, para além de que tem um papel preponderante na função imunológica (DGS, 2016).

Embora os vegetais proporcionem uma menor oferta proteica relativamente aos alimentos de origem animal, as dietas vegetarianas são adequadas e, geralmente, excedem as necessidades de proteínas (Baena, 2015).

Têm surgido alguns estudos que demonstram que a ingestão proteica pelas crianças ovolactovegetarianas e veganas é superior às recomendações, embora menor do que a ingestão observada em crianças não vegetarianas. Por sua vez, nos adolescentes vegetarianos a sua ingestão proteica supera as recomendações e é semelhante à ingestão proteica de adolescentes não vegetarianos. Corroborando esta ideia, um estudo recente revelou que as proteínas vegetais por serem menos digeríveis e por conterem menos aminoácidos essenciais comparativamente com as proteínas animais, é aconselhável que as crianças vegetarianas consumam mais proteínas. Desta forma, a ingestão de proteínas deve aumentar em 30-35% em crianças vegetarianas menores de 2 anos, e em 20-30% em crianças entre os 2 e 6 anos de idade (Agnoli, *et al.*, 2017; DGS, 2016).

Fontes alimentares: laticínios e ovos (no caso de ovolactovegetarianos), leguminosas e seus derivados, cereais integrais, pseudocereais (quinoa, amaranto e trigo sarraceno), frutos gordos, cremes de frutos gordos e sementes (DGS, 2016).

Vitamina B12: É um cofator essencial na síntese de ácido desoxirribonucleico [ADN] e na manutenção do sistema nervoso, pelo que a sua deficiência poderá levar a disfunções hematológicas e neurológicas irreversíveis. De um modo geral, é recomendado um especial cuidado relativamente a esta vitamina, dado que a sua ingestão no padrão alimentar vegetariano é habitualmente baixo, pois a vitamina B12 não é um componente dos alimentos vegetais (Cullum-Dugan & Pawlak, 2015; DGS, 2016).

Numa revisão de cerca de cem casos de crianças com deficiência nutricional de vitamina B12, provenientes de diversos países, concluiu-se que cerca de dois terços nasceram de mães com padrões alimentares vegetarianos (Agnoli, *et al.*, 2017). Apesar de ainda existir alguma controvérsia, a maioria dos investigadores concorda com a recomendação de consumo regular de uma fonte ativa de vitamina B12, através de alimentos fortificados ou de suplementos alimentares para todos os vegetarianos e, em particular, para os veganos e para as vegetarianas grávidas ou lactentes (Baena, 2015).

Fontes alimentares: laticínios, ovos e alimentos fortificados como análogos de carne, extrato de levedura nutricional, bebidas vegetais e cereais de pequeno-almoço (DGS, 2016).

Vitamina D: Esta vitamina desempenha funções cruciais para o metabolismo do cálcio, mas também a nível do sistema imunitário, cardiovascular, neurológico, muscular, pele e pâncreas (DGS, 2016).

Relativamente aos estudos existentes sobre a ingestão de vitamina D, existem contradições nos resultados obtidos. Alguns autores defendem que entre não vegetarianos e ovolactovegetarianos não existem diferenças, no entanto, as crianças vegetarianas apresentam uma ingestão inadequada de vitamina D e cálcio comparativamente com as crianças não vegetarianas (Baena, 2015).

Para a maior parte da população vegetariana, as principais fontes alimentares de vitamina D são os ovos e os alimentos fortificados, como os laticínios. Contrariamente, os veganos ficam restritos a alguns alimentos fortificados e aos suplementos alimentares (Baena, 2015). Desta forma, é aconselhável que, se a exposição solar e o consumo de alimentos fortificados forem inadequados, se recorra a suplementos (DGS, 2016).

Fontes alimentares: alimentos fortificados como laticínios e alternativas vegetais, flocos de cereais e cremes vegetais (DGS, 2016).

Gordura: A gordura é a principal forma de armazenamento de energia no organismo. Esta por sua vez é um constituinte importante para a estruturação celular e do ponto de vista metabólico participa em diversos mecanismos essenciais, como a síntese de hormonas e o transporte de vitaminas lipossolúveis (DGS, 2016).

Assim, numa alimentação saudável, as gorduras que são provenientes de certos alimentos, são estritamente necessários para o bom funcionamento do organismo e quando consumidas em proporções corretas acarretam benefícios. Os estudos revelam que, do ponto de vista do vegetarianismo, as crianças com padrões alimentares veganas, assim como as ovolactovegetarianas consomem menos gordura que as crianças não vegetarianas. De um modo geral e de acordo com o documento da DGS de 2016, não existem recomendações específicas da ingestão de gordura por parte de vegetarianos, pois se a dieta for equilibrada

e adequada, esta irá fornecer a quantidade de gordura suficiente para as necessidades das crianças (DGS, 2016).

Fontes alimentares: frutos gordos, sementes, abacate, azeite, óleos e cremes vegetais (DGS, 2016).

Ácidos gordos essenciais: Os ácidos gordos, como o ómega 3 e 6 são considerados essenciais, pois não podem ser sintetizados pelos humanos (DGS, 2016). Especificamente, o ómega 3 apresenta um papel essencial para a saúde do sistema cardiovascular, para a regulação de processos inflamatórios e para o desenvolvimento e funcionamento do sistema nervoso. As principais fontes de ómega 3 são os peixes, os frutos do mar, as sementes de chia e linhaça, as nozes, os produtos de soja e, em menor quantidade, as folhas verdes, e mais uma vez os veganos pela sua maior restrição alimentar apresentam um maior risco de défice (Baena, 2015).

Deste modo, com o objetivo de adequar o fornecimento de ácidos gordos essenciais, uma dieta vegetariana deve conter na sua base, a ingestão de algas e microalgas e alimentos ricos em ácido alfa-linolénico, tais como sementes e óleos de linhaça, chia e cânhamo, beldroegas, soja e óleo de soja e nozes (DGS, 2016).

Fontes alimentares: algas, microalgas, sementes e óleos de linhaça, chia e cânhamo, beldroegas, soja e óleo de soja e nozes (DGS, 2016).

Hidratos de Carbono: também conhecidos como glícidos, são nutrientes essencialmente energéticos, sendo que a sua energia é utilizada no crescimento, movimento, manutenção da temperatura corporal (devem ser a principal fonte energética na alimentação, uma vez que são necessários para fornecer energia aos diversos órgãos, nomeadamente ao cérebro) (DGS, 2016).

De acordo com os estudos, sabe-se que o padrão alimentar de hidratos de carbono em crianças e adolescentes vegetarianos parece ser ligeiramente superior ao reportado por crianças e adolescentes não vegetarianos (em média 5% em relação ao total de calorias ingeridas) (DGS, 2016).

Fontes alimentares: cereais, tubérculos, fruta e leguminosas (DGS, 2016).

Fibras: No padrão alimentar vegetariano, a dieta é naturalmente rica em fibras, devido ao elevado consumo de hortícolas, frutas, cereais e leguminosas, que acarretam benefícios, tais como, diminuição do risco de desenvolver diabetes, doenças cardiovasculares, cancro e doença diverticular. Desta forma, a ingestão de fibras em crianças e adolescentes vegetarianos é superior à observada em crianças e adolescentes não vegetarianas, e em alguns casos podem exceder as recomendações. Embora não existe um consenso sobre o potencial maléfico de um consumo exagerado de fibras no período da infância, a verdade é que este consumo pode levar a um aumento da saciedade, com consequente diminuição da ingestão alimentar (DGS, 2016).

Fontes alimentares: cereais integrais, fruta, hortícolas e leguminosas (DGS, 2016).

Cálcio: um aporte adequado de cálcio é extremamente importante, principalmente durante a idade infantil para o crescimento ósseo e para a prevenção de fraturas. Uma ingestão alimentar muito pobre em cálcio na adolescência (< 500-600mg/d) poderá comprometer a saúde óssea a longo prazo, pelo que é importante que todas as crianças e adolescentes, ovolactovegetarianos, veganos ou não vegetarianos cumpram as recomendações para este mineral e realizem a suplementação aconselhada (DGS, 2016).

Fontes alimentares: hortícolas de cor verde escura (brócolos, couve galega, couve chinesa, couve frisada, espinafres, acelgas, grelos), quiabo, nabo, lacticínios ou alternativas vegetais (bebida de soja, aveia, amêndoa ou arroz), soja e os seus derivados (como o tofu), restantes leguminosas, flocos de cereais, frutos gordos, cremes de amêndoa e sementes (DGS, 2016).

Ferro: A deficiência nutricional mais comum em idade pediátrica é o défice de ferro. A ingestão adequada de ferro é essencial devido às suas implicações com o desenvolvimento mental e motor. Em geral, em crianças vegetarianas, o consumo de ferro é habitualmente superior comparativamente com as crianças não vegetarianas (DGS, 2016). No entanto, os estudos existentes são contraditórios relativamente ao risco de anemia, uma vez que o ferro presente nos produtos de origem vegetal é menos absorvido do que o ferro que existe nos produtos de origem animal (Baena, 2015).

Assim, de forma a maximizar a absorção de ferro podem ser adotadas as seguintes estratégias, de acordo com a DGS (2016):

- Ingerir alimentos ricos em vitamina C (agrião, brócolos, espinafres, kiwi, papaia, laranja, morangos, entre outros) juntamente com refeições ricas em ferro (massa integral com molho de tomate, flocos de cereais com sumo de laranja, salada de fruta com frutos gordos). Estas combinações potenciam a absorção do ferro.

- Demolhar as leguminosas provoca a diminuição do seu conteúdo em fitatos, aumentando posteriormente a absorção do ferro.

Fontes alimentares: leguminosas, cereais integrais, hortícolas de cor verde escura, sementes, frutos gordos, tofu, tempeh, ovos e alimentos fortificados como flocos de cereais (DGS, 2016).

Zinco: é um mineral, essencial para o normal funcionamento e desenvolvimento das crianças e adolescentes e para a sensibilidade do paladar, para além de que é essencial para o crescimento e maturação sexual dos adolescentes (DGS, 2016). De um modo geral, as dietas vegetarianas são ricas em zinco, que pode ser encontrado com facilidade em diversos alimentos de origem vegetal, como as nozes, sementes e grãos integrais. A ocorrência de deficiência em zinco em vegetarianos não difere da encontrada em pessoas com regime alimentar não vegetariano (Baena, 2015).

Fontes alimentares: laticínios (ou alternativas vegetais), levedura nutricional, cereais integrais, gérmen de trigo, flocos de cereais fortificados, leguminosas, sementes e frutos gordos (DGS, 2016).

Iodo: é um mineral essencial para o funcionamento adequado da tiroide, e é responsável pela regulação do metabolismo celular e desempenha um papel importante no crescimento e desenvolvimento de órgãos, nomeadamente o cérebro. Um estudo demonstra que, em crianças ovolactovegetarianas a sua ingestão de iodo varia entre 70% e 120% das recomendações. Embora o défice de iodo seja mais significativo em veganos, crianças que consumam sal iodado raramente apresentam défices (DGS, 2016).

Fontes alimentares: algas, laticínios e sal iodado (DGS, 2016).

Apesar de as evidências científicas existentes por vezes serem um pouco contraditórias, um estudo recente, realizado em outubro de 2018, utilizou uma amostra de 430 crianças com idades compreendidas entre 1 e 3 anos, com o intuito de examinar a ingestão de energia e

macronutrientes, bem como a antropometria destas crianças com regimes alimentares distintos (omnívoras, vegetarianas e veganas), observou que as crianças com regime alimentar onívoro apresentaram um maior consumo médio de proteínas, gordura e adição de açúcares, comparativamente com crianças veganas que apresentaram maior ingestão ajustada de hidratos de carbono e fibras. Desta forma, concluíram que não houve diferenças significativas na ingestão ou densidade de energia e na antropometria entre os grupos estudados, pelo que indicam que uma dieta vegetariana e vegana na primeira infância fornece comparáveis quantidades de energia e um padrão de macronutrientes de acordo com recomendações e podem garantir um crescimento normal, pois nos dados antropométricos realizados a crianças da mesma idade, não foram detetadas diferenças significativas (Weder, *et al.*, 2019).

Como descrito anteriormente, e como em qualquer regime alimentar, este também apresenta benefícios e riscos. Apesar de as investigações científicas ainda serem poucas, a verdade é que de acordo com a literatura existente, uma alimentação à base de plantas favorece a saúde. No entanto, se o regime alimentar for desequilibrado e inadequado, poderão ocorrer défices nutricionais que são prejudiciais para a saúde. Desta forma, quem pretende adotar este regime alimentar, para além de ter que se encontrar munido de muita informação, deve ser acompanhado regularmente pelo seu Médico e Enfermeiro de família.

1.3. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA PERANTE UMA CRIANÇA/FAMÍLIA COM UM REGIME ALIMENTAR VEGETARIANO

A Enfermagem é uma profissão da área da saúde que presta cuidados de enfermagem ao ser humano ao longo do seu ciclo de vida. Por sua vez, o Enfermeiro, um profissional habilitado com um curso legalmente reconhecido, e um título profissional atribuído, é portador de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados, de forma responsável, ao indivíduo (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

A criança, pelas suas peculiares características, necessita de cuidados especiais de saúde que abranjam a sua família, pois quer pela sua condição humana, quer pelas suas características incontornáveis, é um ser vulnerável, dependente, que necessita de apoio e cuidados prestado pela família a quem cabe a responsabilidade primária de promover em pleno o seu desenvolvimento (Fernandes, 2018).

Quando se fala de cuidar em Pediatria, deve ter-se em conta que existe um vínculo à família, visando a satisfação das necessidades da díade – criança/família (Fernandes, 2018), visto que os cuidados de enfermagem só obtêm melhores resultados quando prestados com a convicção de que a criança e a sua família são o utente (Hockenberry & Wilson, 2014). Isto vai de encontro às competências do EEESIP, que faz uso de um modelo concetual centrado na criança e família (Modelo de Cuidados Centrados na Família e Modelo de Parceria de Cuidados), encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados, e que trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, domicílio), com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde possível (Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender), prestando cuidados à criança saudável ou doente e proporcionando educação para a saúde, assim como identificação e mobilização de recursos de suporte à família/pessoa significativa (Diário da República, 2ª série – Regulamento n.º 422/2018).

Sem dúvida, isto vai ao encontro do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que destaca como princípio fundamental o reconhecimento dos pais como os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos. O Enfermeiro deve apenas, embora não seja fixo, desenvolver cuidados de enfermagem, que são cuidados mais técnicos e especializados,

incentivando os pais a prestar cuidados familiares, de suporte às necessidades básicas da criança (higiene, alimentação...), o papel de supervisor, interferindo apenas quando a família não demonstra capacidades ou conhecimentos necessários para garantir a eficácia desses mesmos cuidados (Farrel, 1994 citado por Silva, 2015).

Anne Casey afirma ainda, que o papel do EEESIP é dotado de responsabilidade no sentido das atividades de cuidados de enfermagem/familiares, desde ensino, orientação e apoio em técnicas, transmissão de conhecimentos aos membros da família e encaminhamento para outros profissionais, com o intuito de a participação dos pais ser fundamentada em decisões informadas. Neste sentido, a negociação da parceria de cuidados é considerada o mais alto nível da participação na prática de cuidados, sendo fulcral uma comunicação entre os diversos intervenientes no processo do cuidar. Desta forma, o enfermeiro deve agir como promotor do processo de envolvimento da família no cuidado, e em parceria devem, através da negociação, clarificar os cuidados que a família deseja prestar e desenvolver ações conjuntas complementares, com vista o bem-estar da criança (Casey, 1993 citada por Lopes, 2012).

Assim, perante este Modelo emergem dois conceitos extremamente importantes na prestação de cuidados, nomeadamente **capacitação e empoderamento**. Relativamente ao primeiro conceito citado, os profissionais de saúde habilitam as famílias, por meio da criação de oportunidades e meios para que todos os membros da família demonstrem as suas capacidades e competências atuais e que possam futuramente adquirir outras no sentido de atender todas as necessidades da criança e família. O empoderamento é caracterizado pela interação entre os profissionais de saúde e as famílias, com o intuito de estas manterem ou adquirirem um sentido de controlo nas suas vidas e reconhecerem as mudanças positivas resultantes de comportamentos de ajuda que visam a promoção das suas próprias forças, habilidades e ações (Hockenberry & Wilson, 2014).

O modelo de Anne Casey reforça a importância do processo de enfermagem na prática diária de um Enfermeiro de cuidados pediátricos, uma vez que este se constitui como um instrumento basilar que permite a identificação de problemas e a sua resolução, descrevendo sistematicamente o modo de agir dos Enfermeiros (Casey, 1993 citada por Lopes, 2012). Assim, Freire, Landeiro, Martins, Martins & Peres (2016) corroboram a ideia anterior, no sentido em que afirmam que, o processo de enfermagem, instrumento sistemático e dinâmico

da prestação de cuidados, é facilitador da humanização dos cuidados e da qualidade do exercício profissional que o enfermeiro deverá utilizar na sua prática clínica.

Relativamente à temática em estudo, uma das principais preocupações atuais relacionadas com uma dieta vegetariana, baseasse no risco de défice nutricional. No entanto, na última década tem-se observado que a disponibilidade de alternativas vegetarianas tem aumentado, pelo que atualmente encontrar leite de soja ou análogos de carne no supermercado, já não é considerada uma tarefa difícil (Barranha, 2017). Deste modo, é de extrema importância o papel dos profissionais de saúde na orientação dos pais/cuidadores/comunidade educativa no que reporta à diversificação alimentar e introdução na dieta familiar, fornecendo informações válidas e cientificamente fundamentadas que permitam orientar a diversificação alimentar, principalmente nos primeiros anos de vida, no contexto de uma alimentação vegetariana (Pimentel, *et al.*, 2018).

Neste sentido, surge a necessidade de explorar a diversificação alimentar baseada em recomendações e linhas orientadoras “ (...) relativas à introdução de novos alimentos na alimentação de um lactente de termo, saudável, vegetariano ou semivegetariano” (Pimentel, *et al.*, 2018:11), pois embora os conceitos gerais sobre a diversificação alimentar de um lactente com uma dieta omnívora se aplique totalmente à de um lactente vegetariano, a verdade é que existem particularidades, nomeadamente ao nível da oferta proteica (Rêgo, *et al.*, 2019).

1.3.1. Alimentação até aos 6 meses de vida

A Organização Mundial de Saúde [OMS] e a *European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition* [ESPGHAN] recomendam o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade. Alertam para a necessidade de as mães vegetarianas em período de amamentação necessitarem de garantir um aporte adequado de nutrientes através da alimentação ou de suplementos nutricionais. No entanto, afirmam ainda que na ausência de leite materno ou quando este não é suficiente para suprir as necessidades energéticas e nutricionais do lactente, deverá ser introduzida uma fórmula infantil. No caso de lactentes saudáveis cujos pais/cuidadores decidam adotar uma alimentação vegetariana podem ser recomendadas fórmulas infantis com proteína de soja ou com proteína de arroz, que podem ser administradas desde o momento do nascimento (Pimentel, *et al.*, 2018).

Embora, as fórmulas infantis cursem com um crescimento somático sobreponível ao dos lactentes alimentados com fórmulas infantis *standard* (com proteína do leite de vaca) importa salientar que ainda se desconhecem as atuais repercussões da sua utilização a médio e longo prazo, para além de que é necessário alertar para o facto de as fórmulas com proteína de soja conterem fitatos, alumínio e fitoestrogénios e as fórmulas de arroz poderem conter contaminação com arsénio (Rêgo, *et al.*, 2019).

1.3.2. Etapa de Diversificação Alimentar

A introdução na dieta do lactente de alimentos para além do leite materno e das fórmulas infantis poderá ocorrer entre as 17 e as 26 semanas de vida, ou seja, idealmente entre o 5º e o 6º mês de vida. Isto porque, devido ao padrão de crescimento, o desenvolvimento neuromotor e a progressiva maturação digestiva e renal, uma alimentação exclusivamente baseada em leite materno ou em fórmulas infantis, independente da sua fonte proteica, torna-se insuficiente para suprir as necessidades nutricionais e energéticas dos lactentes a partir dos 6 meses de idade (Pimentel, *et al.*, 2018).

De acordo com as orientações da ESPGHAN a única bebida que poderá e deverá ser oferecida aos lactentes, diversas vezes por dia, incluindo o vegetariano, é a água. Não deverão ser oferecidos chás ou sumos de fruta, nem serem utilizadas bebidas vegetais que substituam as fórmulas infantis (Pimentel, *et al.*, 2018).

Importa ainda salientar que durante a alimentação no primeiro ano de vida está totalmente contraindicado o uso de açúcar e sal. Para que os lactentes treinem o paladar e as texturas, os primeiros alimentos a serem introduzidos podem ser as hortícolas (preparados em creme – pode-se utilizar chuchu ou curgete, cenoura ou abóbora, cebola ou alho-francês, alface, brócolos, feijão-verde e batata ou batata doce, agrupados em 4 ou 5 – em cada dose deverá adicionar-se azeite cru, entre 5 a 7 ml [mililitros], que garante o aporte de 35-40% do valor energético total em gordura extremamente importante para a estruturação das membranas celulares e para a maturação do sistema nervoso central e da retina) ou papa de cereais (pode conter quinoa, millet, bulgur, trigo-sarraceno e aveia, para além dos cereais tradicionais) (Pimentel, *et al.*, 2018).

A introdução das frutas deverá acontecer 2 a 3 dias após o início da papa de cereais, e deverá constituir uma sobremesa e nunca uma refeição. Deverá ser oferecido um fruto de

cada vez, de forma ao lactente treinar o paladar e a textura, de preferência fruta fresca da época e o seu consumo de forma natural, sendo a maçã e a pêra (cruas, assadas ou cozidas) e a banana (em forma de puré), os frutos que culturalmente se introduzem primeiro. Recomendações atuais revelam que todos os frutos podem ser oferecidos a partir do 6º-7º mês de vida, inclusivamente os potencialmente alergénicos (kiwi, morango e maracujá) (Pimentel, *et al.*, 2018).

A partir dos 6 meses, poderá ser introduzida na sopa, o tofu, como fonte de proteína vegetal, numa proporção de 30g/dia. A partir do 7º mês, o tofu pode ser adicionado a preparados culinários como farinha de pau, açorda, massa, arroz, quinoa, millet, bulgur, entre outros cereais, sempre devidamente cozinhados, acompanhado de legumes e hortaliças. Aos 7-8 meses de idade poderão ser introduzidas as leguminosas, pela sua riqueza em minerais e fibras e pela sua fonte proteica (8-16g/100g) e de hidratos de carbono complexos (30-54g/100g), sob a forma de puré. Pelo seu razoável teor proteico (5,3g de proteína/100g de produto) e em sódio (11mg/100g de produto) da ervilha, o seu consumo deverá ser muito criterioso. Poderá ainda ser introduzida a proteína de cânhamo (máximo 1 colher de café/refeição pois apresenta elevado teor proteico: 78g de proteína/100g de produto), o gérmen de trigo e a levedura de cerveja (máximo 1 colher de café/refeição aos 8 meses e 1 colher de sobremesa/refeição aos 9 meses), de forma a enriquecer as sopas ou os batidos (Pimentel, *et al.*, 2018; Rêgo, *et al.*, 2019).

A introdução do iogurte, no caso dos lactentes lactovegetarianos, ou o preparado de soja, no caso dos vegetarianos estritos, poderão ser introduzidos aos 8-9 meses de idade, substituindo um lanche de papa de cereais ou de leite materno/fórmula infantil. Comparativamente à dieta do lactente omnívoro, os frutos gordos e as sementes poderão integrar a dieta a partir dos 9 meses, tal como o ovo, a partir dos 8 meses, no caso dos lactentes ovovegetarianos ou volactovegetarianos (Pimentel, *et al.*, 2018; Rêgo, *et al.*, 2019).

A introdução de algas constitui-se de extrema importância, uma vez que é um alimento nutricionalmente rico em proteína, vitaminas (A, C e folato) e minerais (cálcio, ferro, sódio, iodo e magnésio), devendo ser introduzidas em pequenas quantidades a partir do 9º mês, até 3 a 4 vezes por semana, e como complemento do creme de legumes. Devem ser privilegiadas as algas com baixo teor de iodo e sódio, como a *nori*, *wakame* e *arame*, não se recomendando o consumo de alga *hijiki* na infância, por conter uma quantidade significativa de arsénio. Importa ainda salientar, que embora a alga *spirulina* ou a *chlorella* sejam fontes ricas em

vitamina B12, contêm cianocobalaminas, um análogo inativo da vitamina B12, não possuindo qualquer função biológica (Pimentel, *et al.*, 2018; Rêgo, *et al.*, 2019).

Posteriormente, aos 12 meses, poderá ser introduzido o *tempeh* (produzido através da fermentação dos grãos de soja) e o *seitan* (produzido a partir do glúten de trigo), ambos fontes de proteína vegetal, que podem ser cozidos com legumes e onde não se deverá adicionar molho de soja. A soja texturizada (granulada) não deverá ser utilizada na alimentação do lactente por se tratar de um alimento processado (Pimentel, *et al.*, 2018; Rêgo, *et al.*, 2019).

Desta forma, “e de acordo com as recentes recomendações da ESPGHAN, a partir do momento que se inicia a diversificação alimentar podem ser introduzidos todos os alimentos, independentemente da existência de positividade para história familiar de atopia” (Pimentel, *et al.*, 2018, p.15).

1.3.3. Introdução na dieta familiar: Alimentação a partir dos 12 meses

A partir dos 12 meses deverá iniciar-se a dieta familiar, respeitando o apetite da criança. Deste modo deve optar-se por produtos frescos, evitando os alimentos processados, e as refeições devem ser frequentes, em intervalos máximos de 3 horas de forma a garantir a ingestão adequada de energia. A ingestão de gordura, não deverá ser limitada, pelo que os óleos e cremes vegetais, podem ser incluídos de forma a garantir um aporte correspondente a 35% (Pimentel, *et al.*, 2018).

As bebidas vegetais, como as bebidas de soja, amêndoa e aveia, entre outras, nunca deverão ser introduzidas antes dos 24 meses e só preferencialmente após os 36 meses, e nunca poderão substituir uma fórmula infantil, pelo facto de não fornecerem quantidades suficientes de energia, proteína, cálcio e vitaminas C, D, E e niacina. As bebidas de arroz nunca devem ser utilizadas antes dos 5 anos de idade, uma vez que contêm vestígios de arsénio inorgânico, considerado carcinogénico. Por outro lado, quando as bebidas vegetais são utilizadas, devem ser oferecidas apenas ocasionalmente, em versões simples e compostas por baixo teor de açúcar (< 5g/100g de produto) e sem edição de chocolate ou baunilha, entre outros sabores, de forma a evitar a preferência da criança por bebidas doces (Pimentel, *et al.*, 2018).

A prática de uma diversificação alimentar vegetariana, quer pela direta proporção do número de alimentos à disposição no mercado, quer pelo tempo de evicção, poderá originar compromissos a nível nutricional, do crescimento e maturação. Desta forma, e perante um padrão alimentar vegetariano, particularmente em idade pediátrica e especialmente nos primeiros anos de vida, é essencial garantir o aporte energético e o equilíbrio de nutrientes, bem como a vigilância do crescimento e maturação do lactente e da criança. Assim, devido aos potenciais desequilíbrios nutricionais torna-se necessária uma avaliação rigorosa da alimentação do lactente, bem como uma monitorização dos níveis séricos de vitaminas e minerais, de forma a orientar a suplementação, apenas se as necessidades nutricionais dos mesmos não forem atingidas pela alimentação (Pimentel, *et al.*, 2018).

Naturalmente, perante a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica, é passível de se averiguar, o extenso e importante papel dos diversos profissionais de saúde, mas em particular do Enfermeiro, que possui uma panóplia de situações onde poderá intervir com o intuito de promover a saúde da criança e da sua família, e prevenindo a doença. Com isto vai ao encontro da competência de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e à competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Diário da República, 2ª série – Regulamento n.º 422/ 2018, p.19192;19193;19194), isto porque:

“ a promoção da saúde em geral e a Educação para a Saúde (EpS) em particular, devem ser encaradas como tarefas de cidadania organizadas, em que se verifique a participação ativa dos cidadãos (...), em que todo o enfermeiro deve ser, por inerência das suas funções, um educador para a saúde” (Bernardino, Machado, Alves, Rebouço, Pedro & Gaspar, s/d, p.1).

Isto surge pela necessidade de os pais/cuidadores/comunidade educativa que rodeia a criança se encontrarem munidos de informações e estarem capacitados para este tipo de padrão alimentar, de forma a puderem dar um apoio alimentar adequado, pois devem ser “envolvidos, informados e sensibilizados sobre os alimentos a escolher, técnicas culinárias e sobre as vantagens e potenciais riscos deste tipo de alimentação” (DGS, 2016, p.22).

Assim, o Enfermeiro EESIP deverá reunir todas as condições, criando também oportunidades para abordar a criança e a família, sendo um local chave as Consultas de Saúde Infantil, pois nestes momentos é possível realizar uma avaliação das competências dos pais/cuidadores em relação ao desenvolvimento da criança e aos fatores de risco

existentes, bem como poderá fornecer informações para que os pais/cuidadores exerçam a sua parentalidade da melhor forma, pois “os objetivos da parentalidade são a promoção da sobrevivência física e saúde da criança, até que esta desenvolva as capacidades necessárias para ser um adulto independente (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.59). Para além disto, nestas consultas é possível ir vigiando o crescimento e desenvolvimento destas crianças, pois “crianças e adolescentes com padrão alimentar vegetariano (tal como os não vegetarianos) deverão ser acompanhados periodicamente por profissionais de saúde, de forma a verificar que o seu crescimento e estado de saúde estão assegurados” (DGS, 2016, p.41).

Desta forma, os Enfermeiros em parceria com os restantes profissionais de saúde, visto que “o enfermeiro que trabalha isolado raramente serve o melhor interesse da criança” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.14), deverão ser “capazes de aconselhar as famílias que pretendem adotar uma alimentação vegetariana, nomeadamente no seu planeamento, implementação e aconselhamento, ajudando a identificar as fontes alimentares dos diversos nutrientes, minimizando riscos de carências mais frequentes” (DGS, 2016, p.22).

Assim, uma vez que não existe um padrão alimentar único que caracterize a dieta vegetariana (na verdade, vários padrões estão identificados), e vista a necessidade de uma atenção adequada ao longo do ciclo de vida, os profissionais de saúde e todos aqueles que prestam cuidados alimentares ou de aconselhamento às populações sobre alimentação saudável, devem dominar um conjunto mínimo de competências, nomeadamente ao nível dos riscos/benefícios e da diversificação alimentar num regime alimentar vegetariano (DGS, 2015).

1.4. PROMOÇÃO DE UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E O MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER

O Enfermeiro tem de ser detentor de determinadas características nomeadamente ser proactivo e ensinar os pais/cuidadores acerca da nutrição infantil e hábitos nutricionais adequados, no sentido de oferecer à criança a oportunidade de um crescimento ótimo e de se desenvolver como criança e adulto saudável no sentido de promover a saúde e o bem-estar da criança e da sua família. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Desta forma, o Enfermeiro está a contribuir para a promoção da saúde da criança/pais/comunidade escolar, processo que apresenta como objetivo capacitar os indivíduos e as comunidades para controlarem a sua saúde, com o intuito de a melhorarem. Assim, com a intenção de alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e a realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio envolvente. Neste sentido, “a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (Carta de Ottawa, 1986, p.1).

O conceito de saúde é algo definido como positivo que realça os recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas, pelo que, a “Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar” (Carta de Ottawa, 1986, p.1).

Indo ao encontro desta ideia, e de acordo com a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde ocorrida em Jacarta, em 1997, foi possível verificar que a saúde é considerada um direito fundamental do ser humano e a promoção da saúde, tem vindo a ser considerada, como um elemento fundamental para garantir ganhos em saúde. Desta forma, é essencialmente:

“um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem e melhorarem a sua saúde”, pelo que “os trabalhos de investigação e o estudo de casos efetuados em todo o mundo fornecem elementos que atestam que a promoção da saúde tem uma eficácia real. As estratégias de promoção da saúde podem desenvolver e mudar estilos de vida, assim como condições sociais, económicas e o ambiente que determinam a saúde. A promoção da saúde é uma forma concreta de obter mais equidade em matéria de saúde” (4ª

Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1997, p.2-4).

No seguimento desta ideia, a Lei de Bases da Saúde acerca das políticas de saúde, vem reforçar a ideia, mais uma vez, da importância da “ (...) promoção da saúde e a prevenção da doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas” e da “ promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde (...) ” com o intuito de permitir “ (...) a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável” (Diário da República, 1.ª série, Lei n.º 95, 2019, p.57).

Corroborando todas as ideias anteriores surge a necessidade de evidenciar que “os Enfermeiros, constituindo um grupo de grande influência junto das comunidades, devem assumir um papel preponderante na promoção da saúde e prevenção da doença” (Correia, 2011, p.19). Desta forma, fizemos uso do Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola Pender que permitiu ir ao encontro dos objetivos delineados, auxiliando posteriormente na adoção de estratégias, bem como nas ações/atividades desenvolvidas ao longo dos diversos campos de estágio. Desta forma, foi possível garantir uma promoção da saúde na área da alimentação vegetariana para com os profissionais de enfermagem, com o intuito de melhorar a prestação e qualidade dos cuidados.

De acordo com Victor, Lopes & Ximenes (2005, p.236), “a perspectiva de muitos trabalhos na área de enfermagem tem-se voltado para as teorias de necessidades, teorias sistémicas e humanísticas, visando estudos teóricos ou práticos da utilização desses modelos e teorias. Sabemos que estudos assim realizados favorecem a melhoria da qualidade do cuidado, o que contribuiu claramente para a promoção da saúde”.

O Modelo Teórico de Promoção da Saúde foi desenvolvido na década de 80 por Nola J. Pender, docente emérita na Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan, nos Estados Unidos da América e baseia-se na promoção da saúde, definida como qualquer atividade que contribua para o desenvolvimento de determinados recursos que permitem manter ou intensificar o bem-estar de um indivíduo. Este modelo surge ainda como uma proposta de integrar a Enfermagem à ciência do comportamento, baseando-se na identificação de fatores influenciadores na adoção de comportamentos saudáveis, para além de funcionar como guia exploratório do processo biopsicossocial, que motiva indivíduos para determinados comportamentos potenciadores de saúde (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Para Nola Pender, o conceito de saúde é definido como “um estado dinâmico e positivo e não só a ausência de doença” (Nursing Theories, 2009 citado por Correia, 2011, p.19). Para além disso, é visto sob diferentes aspetos, nomeadamente o aspeto individual, familiar e comunitário, que visa à melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades. Outro dos conceitos que emergem deste modelo é o ambiente, que deve ser compreendido como um resultado das relações estabelecidas entre diversos indivíduos, tendo em conta o acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos. O conceito de pessoa reporta-nos para aquele indivíduo que é capaz de tomar decisões e resolver problemas. Por sua vez, o conceito de Enfermagem surge relacionado às intervenções e estratégias delineadas no sentido da promoção da saúde, sendo que “um dos principais papéis do enfermeiro é o estímulo ao autocuidado” (Victor, Lopes & Ximenes, 2005, p.238).

Este modelo, fundamentalmente um Modelo de Enfermagem, pode ser utilizado na implementação e avaliação de determinadas ações de promoção da saúde, que permitem avaliar esse mesmo comportamento, e que se relaciona com 3 pontos interligados:

- As características e experiências individuais: integram o comportamento anterior e os fatores pessoais, posteriormente divididos em biológicos (idade, IMC, agilidade), psicológicos (autoestima e automotivação) e socioculturais (educação e nível socioeconómico);
- Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se deseja alcançar: formado por diversas variáveis, nomeadamente os benefícios e as barreiras para a ação, a autoeficácia, os sentimentos relacionados ao comportamento, as influências interpessoais e as situacionais;
- O comportamento de promoção da saúde desejável: abrange o compromisso com o plano de ação, as exigências imediatas e preferências, bem como comportamentos potenciadores de saúde.

(Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Relativamente à área pediátrica, sabe-se que este Modelo se adequa, na sua plenitude, à Enfermagem e às intervenções promotoras de saúde, pois “todo o enfermeiro envolvido no cuidado às crianças devem compreender a importância da prevenção da doença e promoção da saúde”, pelo que deverá ser realizada uma “avaliação minuciosa de todos os aspetos do crescimento e desenvolvimento da criança, incluindo a nutrição”. Desta forma, a melhor abordagem para a prevenção da doença é a educação para a saúde e as orientações antecipatórias (Hockenberry & Wilson, 2014, p.14).

Acredita-se, que dentro de todos os modelos teóricos existentes, o Modelo de Nola Pender foi o que se adequou integralmente à temática trabalhada, no sentido em que todas as ações desenvolvidas para capacitar os Enfermeiros tiveram o intuito de promover a saúde da criança e consequentemente prevenir a doença.

CAPÍTULO 2 – PROJETO DE ESTÁGIO: ‘ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA EM IDADE PEDIÁTRICA: CAPACITAR OS ENFERMEIROS PARA UMA ALIMENTAÇÃO ALTERNATIVA

O Projeto de Estágio apresentado posteriormente relaciona-se com a temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica, com foco no objetivo de capacitar os Enfermeiros para um regime alimentar alternativo – o vegetarianismo, motivo pelo qual se designa de **‘Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa’**.

O presente projeto foi desenvolvido ao longo dos diversos contextos clínicos, nomeadamente, Estágio I e Estágio Final, partes integrantes do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Foi construído com o intuito de criar uma linha condutora com o objetivo de culminar na elaboração do Relatório Final de Mestrado, dando resposta à linha de investigação requerida **‘Necessidades em cuidados de Enfermagem em populações específicas’**, com base na metodologia de investigação de Trabalho de Projeto, apresentando posteriormente.

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA METODOLOGIA DE PROJETO

A Metodologia de Projeto é definida como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”, ou seja, permite prever a mudança. “É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do (s) projeto (s) numa situação real” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.3).

Sendo assim, o projeto é um plano de trabalho que se organiza principalmente para resolver/estudar um determinado problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar. O trabalho de projeto é uma metodologia, que requer sempre trabalho de grupo, uma vez que

pressupõe a implicação de todos os intervenientes e da população em que se centra o projeto (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

A metodologia de projeto assume características fundamentais, nomeadamente: atividade intencional – pressupõe a formulação de um objetivo, elaborado pelos autores e executores do projeto; iniciativa e autonomia – características que devem fazer parte daquelas que realizam o projeto; autenticidade – o projeto foca um determinado problema genuíno para quem o executa e envolve alguma originalidade; complexidade e incerteza – tarefas complexas e problemáticas que necessitam de ser “projetadas”; e prolongado e faseado – estende-se ao longo de um período de tempo e percorre diversas fases desde o momento da formulação do objetivo geral até à apresentação dos resultados e posterior avaliação (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Assim, a metodologia de projeto é constituída por cinco fases distintas, nomeadamente, elaboração do **diagnóstico de situação**, **planificação** das atividades planeadas, **execução** das atividades planeadas, **avaliação** e **divulgação** dos resultados obtidos (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

2.1.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A primeira etapa da Metodologia de Projeto é o diagnóstico da situação, que visa a “elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.10).

Quando se pensa em realizar um projeto em saúde há que ter em atenção o facto de este ter de ser sustentável e que acarrete benefícios num determinado período de tempo (preferencialmente um período de tempo longo), com o intuito de produzir benefícios que possam perdurar e que mesmo durante um período de ausência o projeto possa perpetuar os seus efeitos. Desta forma, o diagnóstico da situação é dinâmico (com atualizações permanentes e constantes), contínuo (não se parte do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter enfoque as alterações na realidade), e deverá ser realizado num tempo rápido (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Este, por sua vez, assenta em dois conceitos básicos: o Problema, caracterizado por “ (...) identificar, descrever, estabelecer relações entre as variáveis, apreciar a pertinência e precisar o objetivo” e Necessidade definida como “ (...) a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.11).

“Em suma, na etapa do diagnóstico de situação definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes. É assim uma etapa que envolve a recolha de informações de natureza objectiva e qualitativa, não descurando o aprofundamento que se pressupõe” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.11).

No presente projeto, foi definida a situação-problema através de uma reunião realizada com os Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Orientadores dos diversos locais de estágio, com o intuito de verificar a pertinência da área a ser trabalhada. Desta forma, para além disso, recorreu-se ao método dedutivo, pois “ (...) o ponto de partida da investigação são as teorias, sendo que se parte do geral e abstrato para dados ou fenómenos específicos e singulares” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.12). Para a realização do enquadramento teórico e contextualização da temática, foi realizada uma revisão da literatura, mencionada detalhadamente no capítulo anterior, através de evidências científicas (pesquisas bibliográficas, bases de dados científicas, livros e documentos oficiais), recolhidas durante todo o percurso académico.

Deste modo, através da análise do enquadramento teórico, foi-nos possível aferir que:

- O número de indivíduos a adotar um regime alimentar vegetariano tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos;
- A faixa etária de maior predomínio na adoção do vegetarianismo situa-se entre os 25 e 34 anos e é mais prevalente em mulheres e jovens;
- Maioritariamente pais que adotam um regime alimentar vegetariano irão ter filhos vegetarianos;
- A alimentação vegetariana possui riscos associados a carências nutricionais, contudo acarreta benefícios para a saúde, nomeadamente ao nível da redução da obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias, especificamente do tubo digestivo.
- Desta forma, o Enfermeiro, particularmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, possui um papel ativo na promoção da saúde e prevenção da doença tanto da criança vegetariana como da sua família.

Assim, e de acordo com o enquadramento teórico emergiu o seguinte problema: **‘O crescente interesse dos cidadãos pelas dietas vegetarianas, faz com que os profissionais de saúde se encontrem preparados para dar uma resposta de qualidade e serem capazes de aconselhar as famílias na adoção de um padrão alimentar vegetariano saudável, uma vez que se acredita existir uma parca abordagem da temática por parte dos enfermeiros’.**

Segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010, p.12) “a definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto, e nesta etapa inserem-se igualmente a definição das hipóteses e a operacionalização das variáveis a considerar (...)”.

Neste sentido, surgem ainda as seguintes questões, que são perguntas explícitas que dizem respeito “ (...) a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento existente. É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p.72-73).

- No que se baseia o regime alimentar vegetariano?

- Quais os conhecimentos que os Enfermeiros possuem sobre o regime alimentar vegetariano?

Isto é um acontecimento real, que está cada vez mais a ganhar proporções mundiais, que merecem especial atenção por parte dos profissionais de saúde, principalmente o EEESIP pois o período da infância é do seu domínio de natureza, pelo que existe a necessidade de realizar promoção e educação para a saúde, bem como desenvolver atividades de domínio multidisciplinar, com o intuito de prevenir a incidência dos riscos de um regime alimentar vegetariano e promover o crescimento e desenvolvimento saudável, melhorando posteriormente a qualidade de vida da população (Campos, Cheavegatti, Martins & Seixas, 2011). Desta forma, os Enfermeiros encontram-se numa situação privilegiada pois podem atuar nas mais diversas situações de forma a incrementarem a promoção e adoção de estilos de vida saudáveis tanto a crianças como às suas famílias que pretendem ou já seguem um plano alimentar vegetariano.

2.1.1.1. Instrumento de Diagnóstico

Após ter sido realizado o diagnóstico de situação, com recurso à evidência científica pesquisada, é extremamente relevante realizar a “ (...) validação dos problemas, aos quais pretendemos dar resposta (...) ” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.13). Apesar de existirem diversos métodos a utilizar no sentido de dar seguimento ao projeto, foi escolhido o **questionário** (Apêndice 1), definido como a técnica de investigação composta por questões, que tem como principal objetivo conhecer opiniões, crenças, sentimentos, expetativas, etc. (...) (Gil, 1999), da população alvo.

A precisão da população a ser estudada é considerada a primeira etapa do processo de amostragem (Fortin, 2009). Por sua vez, a amostragem é definida como “um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira” (Fortin, 2009, p.310). Relativamente ao presente projeto, o tipo de amostra utilizado foi a amostra accidental ou de conveniência, pertencentes ao grupo dos métodos de amostragem não probabilística, e que é constituída por um conjunto de indivíduos facilmente acessíveis e que se encontram no local certo e no momento certo (Fortin, 2009).

A população poderá ser definida como “ (...) um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns” (Fortin, 2009, p.69) e que “ (...) satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p.311). No caso específico deste projeto, a população alvo escolhida foram as equipas de Enfermagem dos quatro contextos de estágio, com o intuito de aferir a perceção dos Enfermeiros acerca da alimentação vegetariana em idade pediátrica.

2.1.2 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

A fase seguinte é a delineação de objetivos, “que apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Mão de Ferro, 1999 citado por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.18), pelo que “primeiro se deve traçar os objetivos gerais e só depois os objetivos específicos” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.19). Os objetivos devem então ser definidos de forma rigorosa, de modo a orientar a ação, devendo

por isso ser sucintos, claros, de linguagem precisa e concisa, em número reduzido, realizáveis, mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração (Gouveia, 2010 citado por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Desta forma, foi delineado o seguinte **objetivo geral**:

- Contribuir para a promoção de uma alimentação vegetariana equilibrada e saudável em idade pediátrica.

“Por sua vez, os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo. Sendo o resultado da subdivisão de um objetivo geral mais vasto, em aprendizagens mais elementares.” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.18). Desta forma, os objetivos específicos servem para desconstruir o objetivo geral, de modo a que este se consiga alcançar mais facilmente. Estes devem também ser proporcionais ao objetivo geral. Neste sentido, quanto mais complexo for o objetivo geral, mais objetivos específicos devem ser traçados (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Assim, com o intuito de alcançar o objetivo geral referido anteriormente, foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- Desenvolver conhecimentos relacionados com a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica;

- Sensibilizar e capacitar as equipas de enfermagem para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica;

- Otimizar estratégias junto dos profissionais de saúde, nomeadamente Enfermeiros, de forma a capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa na adoção de medidas que promovam uma alimentação vegetariana saudável em idade pediátrica.

2.1.3. PLANEAMENTO

O planeamento é considerado a terceira fase do ciclo de vida de um projeto, onde se elabora “um plano detalhado do projeto” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.20). Nesta fase procede-se à realização de um levantamento de atividades a realizar, de estratégias a utilizar,

de meios necessários para a implementação do futuro projeto e de um cronograma que representa todas as fases do projeto (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Neste projeto, a fase de planeamento foi construída tendo em conta o plano de estudos acerca da aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, pelo Instituto Politécnico de Portalegre, motivo pelo qual se procedeu à elaboração de um Resumo de Projeto de Estágio (Apêndice 2). Tendo em conta todos os aspetos legais e éticos nos procedimentos de colheita de dados, os questionários elaborados e dirigidos aos Enfermeiros foram posteriormente aplicados após a elaboração formal do pedido de autorização às três instituições públicas onde se realizou a recolha de dados (Apêndice 3). As três instituições públicas deram parecer positivo para a aplicação dos questionários e consequente aplicação do projeto (Anexo A). No entanto, para a realização deste projeto foi ainda necessária a aprovação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, que concedeu parecer positivo ao projeto (Anexo B).

Uma vez cumpridas todas as questões éticas e legais, foram planeadas as estratégias e atividades a desenvolver, previamente discutidas e aferidas com a professora orientadora e co-orientadora. “ (...) A utilização e escolha das actividades, meios e estratégias a realizar coadunam directamente com os objectivos previamente alicerçados” (Miguel 2006, citado por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Desta forma, na tabela seguinte, iremos apresentar o planeamento do atual projeto que foi direccionado para os objetivos específicos, traçados anteriormente, onde se definiram as atividades e estratégias mensuráveis passíveis de serem efetivadas.

Título: Planeamento do Projeto	
Objetivos Específicos	Atividades/Ações a realizar
1: Desenvolver conhecimentos relacionados com a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma vasta pesquisa na literatura acerca da alimentação vegetariana; - Formulação de um artigo de carácter científico, que foque os benefícios e riscos de uma alimentação vegetariana em idade pediátrica, bem como a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
2: Sensibilizar e capacitar as equipas de enfermagem para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos questionários aos Enfermeiros; - Análise dos resultados obtidos através da aplicação dos questionários; - Realização de sessões de formação direcionadas aos Enfermeiros;
3: Otimizar estratégias juntos dos profissionais de saúde, nomeadamente Enfermeiros, de forma a capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa na adoção de medidas que promovam uma alimentação vegetariana saudável em idade pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização do método de <i>Brainstorming</i> com cada equipa dos diversos locais de estágio; - Identificação das necessidades de cada serviço pediátrico acerca da alimentação vegetariana; - Desenvolvimento de diversos materiais de apoio (folhetos, guias, posters), com o intuito de capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa e próprios Enfermeiros.

Tabela 1- Planeamento do Projeto de acordo com cada objetivo específico delineado

Fonte: Própria elaboração

Ainda na fase de planeamento, os meios que serão utilizados são extremamente importantes para a realização do projeto pois estes consistem “na determinação de quais os recursos – pessoa, equipamentos, materiais necessários, e em que quantidades para a realização das atividades do projeto” (Miguel, 2006 citado por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.21). Assim, para a elaboração de um projeto deverão ser selecionados e aplicados distintos meios, cabendo ao investigador determinar quais os meios mais convenientes ao seu objetivo de estudo, à questão de investigação colocada ou às hipóteses formuladas (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Previu-se por isso, para a realização das atividades anteriormente descritas que integram este projeto, a utilização de material informático, como computador e retroprojektor (realização de sessões de formação aos Enfermeiros, folhetos e guias) e de material de apoio de impressão, como impressora, tinta e folhas (concretização dos questionários, folhetos e guias).

Na fase de planeamento procede-se ainda à realização de uma calendarização das atividades, através da formulação de um cronograma (Apêndice 4), que “pode ser um processo interactivo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respetivas actividades a desenvolver durante o projeto. “Partindo desta premissa é importante ter em conta que o desenvolvimento do cronograma pode impor a necessária revisão das estimativas de recursos e durações”, uma vez que “a utilização de gráficos, esquemas e escalas são estratégias facilitadoras para uma maior clareza e compreensão do planeamento” (Miguel, 2006 citado por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.20).

2.1.4. EXECUÇÃO DO PROJETO

A fase de execução da metodologia de projeto é considerada a quarta etapa deste projeto, que “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.23). Nesta etapa “são recolhidos dados nos contactos com a realidade envolvente bem como no âmbito teórico, em contexto social, político, cultural, institucional, entre outros” (Leite, 1989 citado por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.23). As técnicas a utilizar para o seu desenvolvimento incluem “a observação directa, entrevistas, questionários, recolha e consulta de documentos, registos escritos, fotografias e diapositivos, gravações áudio ou

vídeo e recolha de objetos ou amostras” (Castro, 1993 citado por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.23).

Desta forma, a fase de execução deste projeto, desenvolvido no decorrer dos estágios clínicos, nomeadamente no Estágio I e Estágio Final, permitiu o desenvolvimento das atividades e estratégias previamente planeadas, como descrito anteriormente. Assim, posteriormente de acordo com cada objetivo específico traçado serão enumeradas as atividades realizadas.

Objetivo Específico 1: *Desenvolver conhecimentos relacionados com a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica.*

De forma a ir ao encontro deste objetivo, procedeu-se à realização de uma vasta pesquisa na literatura acerca da temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica, que se constituiu como uma estratégia de extrema importância para a aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos provenientes de fontes de evidência, o mais atuais possível.

A revisão da literatura “ (...) é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para ter uma ideia precisa sobre o estado actual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para a o desenvolvimento do saber” (Burns & Grove, 2003 citados por Fortin, 2009, p. 86).

Para além de todo a pesquisa elaborada ter contribuído para a construção do enquadramento teórico, anteriormente explícito, permitiu a elaboração do instrumento de diagnóstico - o questionário. Foi possível ainda efetivar a realização de um artigo de revisão da literatura, particularmente uma *Scoping Review*, intitulada por ‘**Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: Riscos e Benefícios**’, baseada nos princípios preconizados pelo Joanna Briggs Institute (Apêndice 5).

A *Scoping Review* é uma ferramenta ideal para determinar o escopo e examinar a literatura existente e que ainda não se encontra devidamente clarificada, pelo que apresenta como objetivo geral identificar e mapear as evidências disponíveis (Munn, *et al.*, 2018). Desta forma, o objetivo geral desta *Scoping Review* foi mapear a informação existente há cerca da temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica e como objetivos específicos,

menção os benefícios e riscos de uma alimentação vegetariana em idade pediátrica, bem como identificar a importância da atuação dos profissionais de saúde, nomeadamente do Enfermeiro perante este tipo de regime alimentar.

Nesta revisão foram integrados 5 estudos provenientes de bases de dados e agregadores de bases de dados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Importa ainda salientar, que foram integrados 4 documentos, 1 artigo da Associação Portuguesa de Nutrição e 3 documentos da DGS, considerados de extrema importância e pertinência para a temática em investigação. Através da investigação realizada pode concluir-se que o regime alimentar vegetariano pode trazer benefícios para a saúde, nomeadamente ao nível da obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e neoplasias. Por outro lado, se o aporte nutricional for desequilibrado e inadequado, verificar-se-á um défice no aporte nutricional, mais especificamente nas proteínas, vitamina A, B2, B12, D e minerais como zinco, ferro, cálcio e iodo.

Por este motivo, e vista a necessidade de uma atenção adequada ao longo do ciclo de vida, o Enfermeiro, em parceria com os restantes profissionais de saúde, visto que “o enfermeiro que trabalha isolado raramente serve o melhor interesse da criança” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.14), deverão ser “capazes de aconselhar as famílias que pretendem adotar uma alimentação vegetariana, nomeadamente no seu planeamento, implementação e aconselhamento, ajudando a identificar as fontes alimentares dos diversos nutrientes, minimizando riscos de carências mais frequentes” (DGS, 2016, p.22).

Objetivo Específico 2: *Sensibilizar e capacitar as equipas de enfermagem para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica.*

Após a receção do parecer positivo por parte das três instituições públicas onde se realizou o estágio e da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, foi apresentada a temática aos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Orientadores dos serviços pediátricos onde se realizou o estágio, que concordaram com a pertinência do tema e posterior aplicação do projeto nos serviços.

Antes da aplicação dos questionários nos diversos serviços, foi realizado um pré-teste do próprio questionário durante a realização do primeiro estágio clínico na Unidade de Saúde Familiar [USF]. Deste modo, foram distribuídos 5 questionários aos 5 Enfermeiros integrantes

desta unidade, de modo a aferirem se o questionário era perceptível ou se apresentava alguma necessidade de mudança. Concluiu-se então que não havia necessidade de alterar qualquer parâmetro que integrava o questionário, encontrando-se este bastante explícito. “O pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo (...)”, pois assim, é possível “ (...) descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem” (Fortin, 2009, p.386).

Sendo assim, posteriormente procedeu-se à aplicação dos questionários à população alvo escolhida previamente – os Enfermeiros. “O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões” e apresenta como objetivo “ (...) recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas (...)” (Fortin, 2009, p. 380).

Paralelamente à entrega dos questionários em cada serviço de realização de estágio, foi fornecido também o consentimento informado, livre e esclarecido acerca da participação no projeto **‘Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa’** (Apêndice 6), conforme regulamentado pela Norma nº015/2013 de 03/10/2013 e atualizada a 04/11/2015 da DGS, uma vez que “o respeito das pessoas e da escolha esclarecida assenta no princípio segundo o qual a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria”, significando que “o sujeito obteve toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem aquilo em que se envolve” (Fortin, 2009, p.186).

O questionário apresentado é constituído por questões abertas e fechadas, pelo que se caracteriza como misto. “Os questionários tanto podem conter questões fechadas como questões abertas” (Fortin, 2009, p.380). As questões fechadas são de fácil utilidade e permitem uma análise rápida e pouco dispendiosa, contrariamente às questões abertas que apesar de poderem correr o risco de serem incompletas, permitem recolher informação mais detalhada quando comparadas com as questões fechadas (Fortin, 2009).

Sendo assim, o questionário construído com base nas informações retiradas da revisão da literatura é constituído por duas partes distintas. Na primeira parte, pretendeu-se realizar a caracterização da população alvo. Na segunda parte do questionário, o objetivo foi aferir quais os conhecimentos e atuação dos Enfermeiros relativamente ao regime alimentar vegetariano.

Importa salientar que tanto na primeira parte como na segunda parte do questionário existem tanto questões abertas como fechadas.

Os dados recolhidos através do questionário foram tratados estatisticamente de forma descritiva na primeira parte, e na segunda parte utilizou-se o *software* informático *Excel*.

A população alvo da USF constituída por 5 Enfermeiros respondeu toda ao questionário, pelo que perfaz uma taxa de adesão de 100%. Todos os elementos são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 33 e 60 anos. Relativamente às habilitações literárias 80% (n=4) das Enfermeiras possuem Cuso de Especialização, sendo que 2 são especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 em Enfermagem Médico-Cirúrgica e outra em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Apenas 1 das Enfermeiras, perfazendo uma taxa de 20% (n=1) possui apenas o Curso de Licenciatura em Enfermagem.

No âmbito da experiência profissional em geral, a amostra é longa, no sentido em que o tempo de experiência profissional das 5 Enfermeiras varia entre os 11 e os 32 anos. Na unidade em questão, observa-se que 60% (n=3) das Enfermeiras desempenha funções há menos de 5 anos, e 40% (n=2) é que se encontra em funções no serviço há mais de 5 anos.

No Serviço de Urgência Pediátrica [SUP] de um Centro Hospital pertencente à Administração Regional de Saúde [ARS] de Lisboa e Vale do Tejo, onde foi realizado estágio, no âmbito do Estágio Final, foi aplicado o questionário, tendo-se obtido uma taxa de adesão ao mesmo de 39,1% (n=9). De todos os elementos que responderam ao questionário, 8 são do sexo feminino e apenas 1 é do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e os 54 anos. No que diz respeito às habilitações literárias, 55,5% (n=5) dos Enfermeiros possuem o Curso de Licenciatura em Enfermagem, 33,3 % (n=3) tem um Curso de Pós-Licenciatura, sendo que 1 Enfermeiro possui especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria [ESMP], 2 Enfermeiros em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [ESIP] e 1 Enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC], mais particularmente em Pessoa em Situação Crítica [PSC]. Associado ao Curso de Pós-Licenciatura encontra-se em 22,2% (n=2) dos Enfermeiros o Curso de Mestrado, 1 em Enfermagem e outro em PSC.

Relativamente à experiência profissional em geral, é coincidente com a população alvo da USF, no sentido de a amostra ser longa, pois o tempo de experiência varia entre os 3 meses e os 30 anos. No entanto, no que concerne à experiência profissional no SUP verifica-

se que 44,4% (n=4) dos Enfermeiros desempenha funções no serviço em questão há menos de 5 anos, e 55,6% (n=5) há mais de 5 anos.

Posteriormente foram ainda realizados mais 2 estágios, em contexto da disciplina Estágio Final, que se desenvolveram no Departamento de Pediatria de um Hospital pertencente à ARS do Alentejo, que integra três serviços distintos: Unidade de Neonatologia, Serviço de Internamento de Pediatria e Serviço de Urgência Pediátrica, geridos pela mesma Enfermeira Chefe. Os estágios realizados foram apenas na Unidade de Neonatologia e posteriormente no Serviço de Internamento de Pediatria, contudo, a aplicação dos questionários estendeu-se ao Serviço de Urgência Pediátrica, por se constituir como uma mais-valia para o relatório final.

Desta forma, a adesão do Departamento de Pediatria ao questionário foi de 80,3% na globalidade, com as seguintes percentagens específicas: 100% no Serviço de Internamento de Pediatria (n=15) e Serviço de Urgência Pediátrica (n=17). Na Unidade de Neonatologia a percentagem de respostas ao questionário foi de 56,5% (n=13).

Especificamente na Unidade de Neonatologia, os elementos participantes no questionário, são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 33 e 52 anos. No que concerne às habilitações literárias, 15,3% (n=2) possui apenas a Licenciatura em Enfermagem, 76,9% (n=10) possui uma Pós-Licenciatura, especificamente em ESIP e apenas 7,7% (n=1) tem um Mestrado em Gestão de Cuidados de Saúde. O tempo de experiência profissional em geral varia entre os 11 e 35 anos, sendo que no serviço em questão, 23% (n=3) se encontra a desempenhar funções há menos de 5 anos e as restantes enfermeiras, 76,9% (n=10) há mais de 5 anos.

No Serviço de Internamento de Pediatria, os elementos participantes são todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 26 e 52 anos. Indo ao encontro dos dados anteriores no que respeita às habilitações literárias, 20% (n=3) possui apenas o Curso de Licenciatura, sendo que 13,3% (n=2) tem uma Pós-Graduação em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde e em Adolescência. 80% (n=12) das Enfermeiras possui Pós-Licenciatura em ESIP, sendo que apenas 6,6% (n=1) realizou Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem. De acordo com os dados anteriores, o tempo de experiência profissional em geral, é composta por uma vasta amostra, pois varia entre 3 e 28 anos. Por outro lado, a experiência profissional no serviço em questão traduz-se em 40% (n=6) das Enfermeiras a exercer funções há menos de 5 anos e as restantes 60% (n=9) há mais de 5 anos.

Na Urgência Pediátrica, composta por 16 elementos do sexo feminino e 1 elemento do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 26 e 55 anos, 11,7% (n=2) possuem apenas Curso de Licenciatura em Enfermagem. Relativamente ao Curso de Pós-Graduação a percentagem também é de 11,7% (n=2), mais especificamente em Intervenções em Feridas. 76,4% (n=13) dos Enfermeiros são detentores do Curso de Pós-Licenciatura com especialização em ESIP, sendo que destes apenas 11,7% (n=2) realizou Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem. O tempo de experiência profissional em geral varia entre os 4 e 29 anos. Relativamente ao tempo de experiência profissional no serviço em questão, 64,7% (n=11) executa funções há menos de 5 anos, contrariamente aos 35,3% (n=6) que trabalha no serviço há menos de 5 anos.

Elaborando um estudo comparativo entre as amostras de todos os serviços identificados anteriormente, é possível concluir que existem dados que se assemelham. Relativamente à idade, a maioria dos Enfermeiros que reponderam ao questionário têm entre 26 e 45 anos. No que concerne às habilitações literárias é no SUP que se verificam uma maior taxa de Enfermeiros com especialidade em ESIP. No que se destina ao tempo de experiência profissional, na maioria dos serviços, os Enfermeiros encontram-se a desempenhar funções há mais de 5 anos, à exceção do SUP pertencente a um hospital da ARS Alentejo que maioritariamente possui Enfermeiros que desempenham funções há menos de 5 anos. Todos estes dados encontram-se desenvolvidos detalhadamente no Apêndice 7 que se destina à caracterização da população, alvo do instrumento de diagnóstico - questionário.

Conforme já foi mencionado, a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica tem vindo a tomar proporções cada vez maiores pelo aumento significativo do número de pessoas a adotar um regime alimentar alternativo – o vegetarianismo. Desta forma, há necessidade de garantir um desenvolvimento de competências por parte dos profissionais de saúde que lidam com crianças/pais, nomeadamente do ramo de Enfermagem, no sentido de capacitar e alertar os pais/cuidadores/comunidade educativa para os benefícios e riscos deste tipo de regime alimentar.

Neste sentido, a segunda parte do questionário procura aferir quais os conhecimentos e práticas que os Enfermeiros possuem perante a temática em estudo (Apêndice 8), através da utilização da Escala de Likert. “A escala aditiva, chamada também escala de Likert, consiste numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema”, onde se procura que os participantes indiquem “ (...) o seu maior ou menor acordo ou desacordo escolhendo

entre 5 (por vezes 7) categorias de resposta possíveis para cada enunciado”, que se reporta “ (...) habitualmente a atitudes ou a traços psicológicos” (Fortin, 2009, p.389).

O autor supracitado mais afirma que:

“as escolhas de respostas numa escala de Likert dizem respeito geralmente ao acordo com qualquer coisa ou com uma frequência de utilização ou de aplicação”, correspondendo “às categorias seguintes: «completamente em desacordo», «mais em desacordo», «indeciso», «mais de acordo», «completamente de acordo» ” (Fortin, 2009, p. 389).

Desta forma, no âmbito do padronizado pela Escala de Likert, na segunda parte do questionário, mais particularmente da pergunta 1 à pergunta 13, existem 5 itens de opinião, nomeadamente Concordo Plenamente (CP), Concordo (C), Nem Concordo/Nem Discordo (NC/ND), Discordo (D) e Discordo Plenamente (DP). De acordo com as questões levantadas, o item Concordo Plenamente (classificada com 5 valores) é considerada a resposta mais adequada, contrariamente ao item Discordo Plenamente (classificada com 1 valor), considerada a resposta menos desejada. Assim, as respostas que antecedem o item Nem Concordo/Nem Discordo (item 3) assumem carácter positivo, contrariamente às respostas posteriores ao item 3 que assumem um carácter negativo. Importa salientar, que no questionário, há a existência de 2 perguntas (pergunta 2 e 5) que se encontram invertidas, pelo que a resposta mais desejada corresponde ao item Discordo Plenamente (classificado com 5 valores) e a menos pretendida corresponde ao item Concordo Plenamente (classificado com 1 valor). Contrariamente ao explícito anteriormente, e perante estas duas questões em particular, as respostas que antecedem o item Nem Concordo/Nem Discordo assumem um carácter negativo, comparativamente às respostas que procedem o item 3, que assumem um carácter positivo. Neste caso em particular estas perguntas foram re-enumeradas com o intuito de possibilitar o cálculo relativamente à percepção dos enfermeiros perante a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica.

Corroborando o que foi escrito anteriormente, e uma vez que ao item Concordo Plenamente – mais desejado - é atribuído 5 valores e ao item Discordo Plenamente – menos desejado - é atribuído 1 valor, e de acordo com a análise do questionário, particularmente da pergunta 1 à pergunta 13, calcula-se que o **score máximo** destas questões é **3835** e o **score mínimo** é **767** (Score pretendido da pergunta 1 à pergunta 13 por cada Enfermeiro = **65**). Desta forma, conclui-se que quanto maior for o score maior é a percepção geral dos Enfermeiros relativamente à alimentação vegetariana.

Item:	CP	C	NC/ND	D	DP	
Pergunta:						
1	25	32	0	2	0	
2	35	24	0	0	0	Pergunta Invertida
3	13	41	1	3	1	
4	17	28	11	1	2	
5	16	26	10	6	1	Pergunta Invertida
6	0	14	25	14	6	
7	9	22	18	8	2	
8	17	37	4	1	0	
9	8	32	16	2	1	
10	44	15	0	0	0	
11	26	24	6	3	0	
12	27	26	3	3	0	
13	29	27	2	1	0	
Total:	266	348				

Tabela 2- Perceção geral dos Enfermeiros à temática da alimentação vegetariana

Fonte: Própria elaboração – Questionário

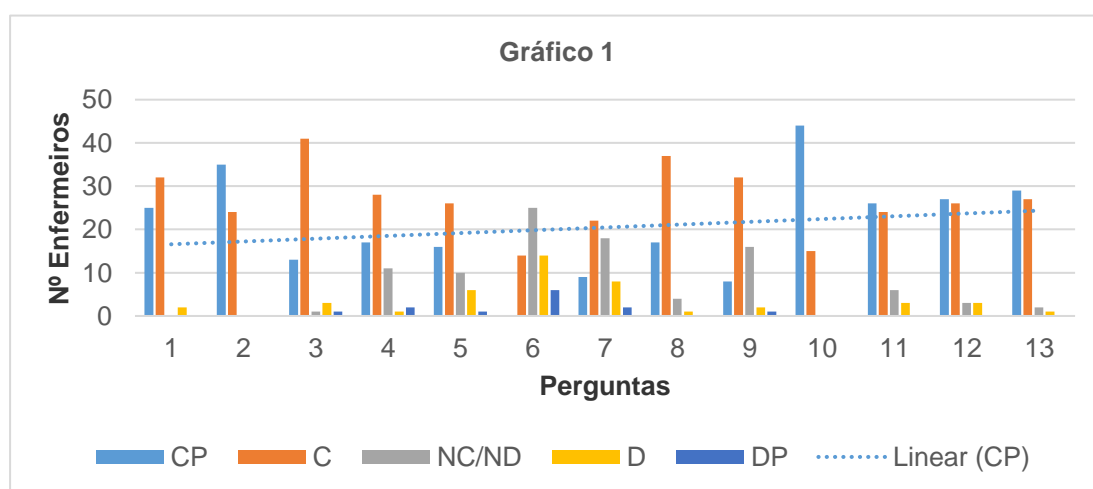


Gráfico 1- Perceção geral dos Enfermeiros à temática da alimentação vegetariana

Fonte: Própria elaboração – Questionário

Através da análise dos dados obtidos resultantes dos questionários, e de acordo com a tabela e gráfico seguinte é possível verificar que:

Score Máximo	Score obtido pelos Enfermeiros	Score Mínimo
3835	2722	767

Tabela 3- Scores Obtidos pelos Enfermeiros

Fonte: Própria elaboração – Questionário

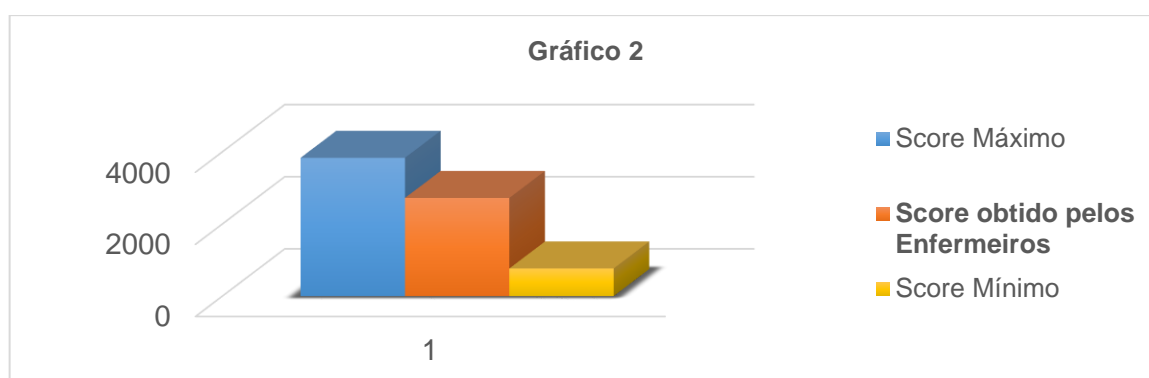


Gráfico 2- Scores obtidos pelos Enfermeiros

Fonte: Própria elaboração – Questionário

- Os Enfermeiros possuem ideias gerais acerca da temática da alimentação vegetariana, uma vez que responderam às 13 questões maioritariamente com os itens Concordo Plenamente e Concordo, considerados respostas positivas.

- O facto de terem alguns conhecimentos básicos, permite-nos também concluir que é um tema da atualidade e que já vai merecendo alguma atenção por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros.

No entanto, em questões mais específicas acerca do tema, os conhecimentos dos enfermeiros já são diminutos, de acordo com os gráficos e tabelas que se irão apresentar de seguida:

Pergunta 6: “A alimentação das crianças que seguem um padrão alimentar vegetariano pode, inclusive, ser melhor fornecedora de vitaminas e minerais que padrões não vegetarianos”.

	CP	C	NC/ND	D	DP
Pergunta 6	0	14	25	14	6

Tabela 4- Resposta dos Enfermeiros à pergunta 6

Fonte: Própria elaboração – Questionário

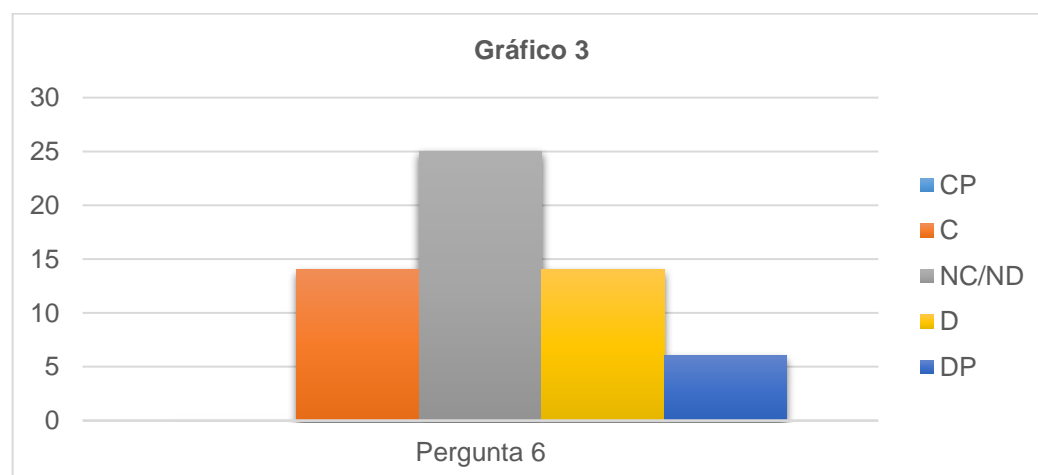


Gráfico 3- Respostas dos Enfermeiros à pergunta 6

Fonte: Própria elaboração – Questionário

Pergunta 7: “Uma dieta vegetariana, apesar de bem planeada pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normais das crianças”.

	CP	C	NC/ND	D	DP
Pergunta 7	9	22	18	8	2

Tabela 5- Resposta dos Enfermeiros à pergunta 7

Fonte: Própria elaboração – Questionário

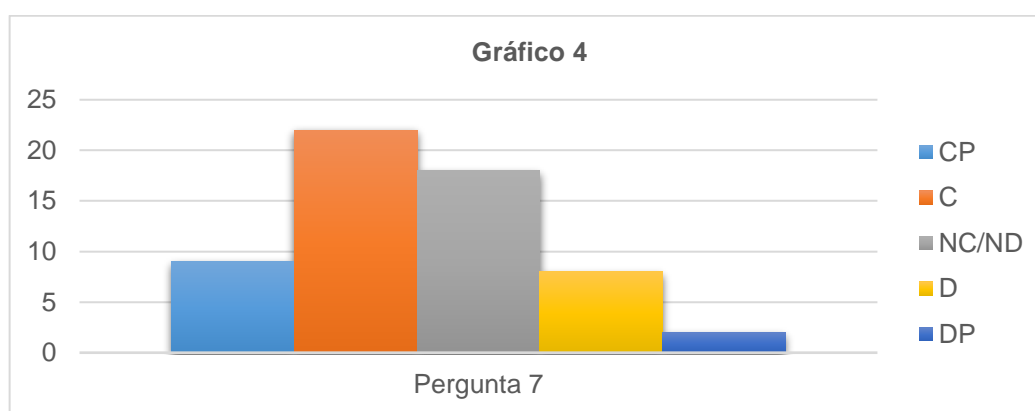


Gráfico 4- Respostas dos Enfermeiros à pergunta 7

Fonte: Própria elaboração – Questionário

No sentido de avaliar uma frequência de uma determinada ação, “podem utilizar-se as categorias seguintes: «nunca», «raramente», «algumas vezes», muitas vezes» e “«sempre»” (Fortin, 2009, p.389). Desta forma, foi construído o segundo grupo de questões pertencente à segunda parte do questionário com o intuito de determinar a frequência com que os Enfermeiros realizam ensinamentos e/ou fornecem materiais informativos acerca da temática da alimentação saudável. De forma a ser possível de analisar os dados, o item Sempre (S) (classificado com 5 valores) é considerada a resposta mais adequada, contrariamente ao item Nunca (N) (classificado com 1 valor), considerada a resposta menos desejada. As respostas que antecedem o item Algumas Vezes (AX) assumem um carácter positivo, comparativamente às respostas que procedem o item 3, que assumem um carácter negativo.¹

¹ MX – Muitas Vezes
R – Raramente

Corroborando o que foi escrito anteriormente, e uma vez que ao item Sempre – mais desejado - é atribuído 5 valores e ao item Nunca – menos desejado - é atribuído 1 valor, e de acordo com a análise do questionário, particularmente da pergunta 1 à pergunta 3, calcula-se que o **score máximo** destas questões é **885** e o **score mínimo** é **177** (Score pretendido da pergunta 1 à pergunta 3 por cada enfermeiro = **15**). Desta forma, conclui-se que quanto maior for o score maior é o nível de atuação aquando da prestação de cuidados à criança e aos pais/cuidadores relativamente à temática da alimentação saudável, onde se poderá também incluir o regime vegetariano.

Item:	S	MX	AX	R	N
Pergunta:					
1	7	28	19	5	0
2	5	25	22	7	0
3	4	10	13	25	7

Tabela 6- Resposta dos Enfermeiros aos itens que avaliam o nível de atuação na prestação de cuidados à criança/pais/cuidadores acerca da temática da alimentação

Fonte: Própria elaboração – Questionário

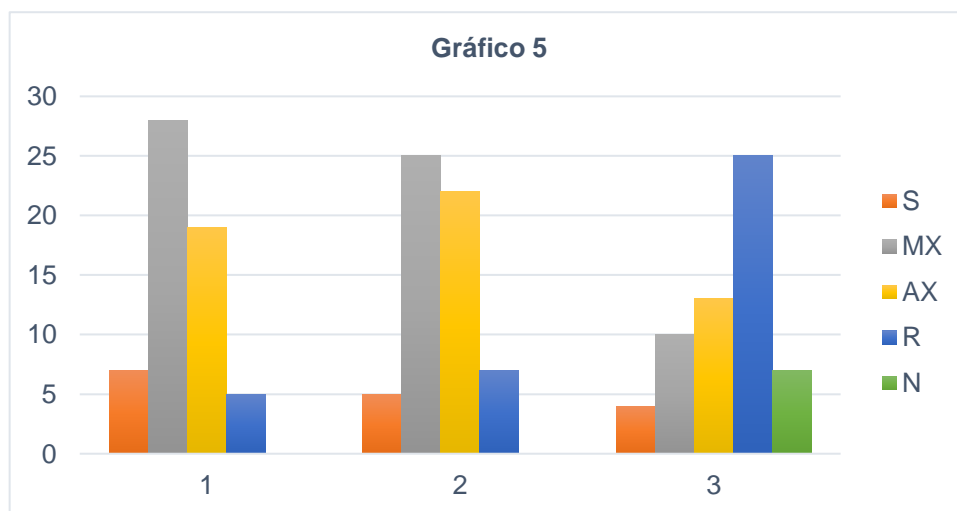


Gráfico 5- Resposta dos Enfermeiros aos itens que avaliam o nível de atuação na prestação de cuidados à criança/pais/cuidadores acerca da temática da alimentação

Fonte: Própria elaboração – Questionário

Através da análise dos dados obtidos resultantes dos questionários, e de acordo com a tabela e gráfico seguinte é possível verificar que:

Score Máximo	Score obtido pelos Enfermeiros	Score Mínimo
885	332	177

Tabela 7- Scores obtidos pelos Enfermeiros

Fonte: Própria elaboração – Questionário

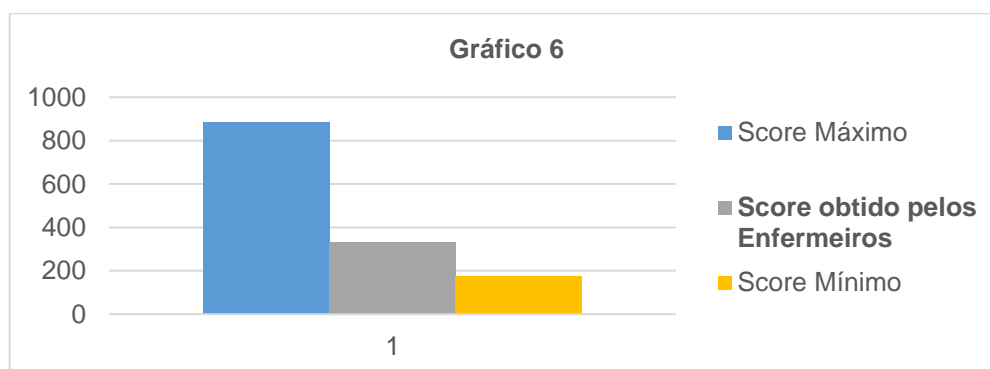


Gráfico 6- Scores obtidos pelos Enfermeiros

Fonte: Própria elaboração – Questionário

- Os Enfermeiros, na maioria das vezes, aquando do momento de prestação de cuidados, particularmente no contacto com as crianças e os pais/cuidadores realizam poucos ensinios e cuidados antecipatórios relativamente à temática da alimentação.

- Relativamente ao fornecimento de materiais informativos os Enfermeiros também possuem uma prática menos adequada. A maioria dos Enfermeiros, nomeadamente 45 revelam que fornecem materiais informativos apenas algumas vezes (n=13), maioritariamente revela que raramente fornece (n=25) e uma pequena amostra (n=7) revela que nunca fornece quaisquer materiais, contrariamente aos 14 Enfermeiros que revelam que entregam sempre (n=4) ou muitas vezes (n=10) materiais informativos.

Ainda, no sentido de avaliar a prática clínica e experiência profissional do Enfermeiro relativamente à temática da alimentação vegetariana, foi construído um terceiro grupo de

questões integrantes na segunda parte do questionário. Os dados serão apresentados na tabela e gráfico seguinte, que permitem concluir que:

	Sim	Não
Pergunta		
4	31	28
5	6	53
6	2	57
7	58	1
8	59	0

Tabela 8- Prática clínica dos Enfermeiros perante a alimentação vegetariana

Fonte: Própria elaboração – Questionário



Gráfico 7- Prática clínica dos Enfermeiros perante a alimentação vegetariana

Fonte: Própria elaboração – Questionário

- Mais de metade dos Enfermeiros (53% - n=31) revelou que já contactou com crianças/pais que pretenderam adotar ou já tinham adotado um regime alimentar vegetariano.

- No entanto, quando se questiona se já alguma vez tinha realizado ensinamentos sobre alimentação vegetariana, 90% (n=53) dos Enfermeiros revela que não, contrariamente aos 10% (n=6) que revelam que sim.

- Quando se colocou a pergunta 6: “*considera que os conhecimentos que possui sobre alimentação vegetariana em idade pediátrica são suficientes para realizar ensinios de qualidade às crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar?*”, obteve-se uma percentagem de 97% (n=57) dos Enfermeiros que revelaram que não possuíam conhecimentos profundos acerca da temática. Apenas 3% (n=2) revelou ter conhecimentos suficientes para realizar ensinios de qualidade.

- Relativamente à pertinência da temática, 98% (n=58) dos Enfermeiros afirmou ser uma temática importante para a sua prática, ao contrário de 2% (n=1) dos Enfermeiros que afirmou não ser pertinente. No entanto, quando foi questionado na pergunta seguinte se o Enfermeiro deverá munir-se de conhecimentos específicos da temática 100% (n=59) dos Enfermeiros respondeu Sim.

De um modo geral e a partir da análise dos três grupos de questões que integram a segunda parte do questionário, é possível salientar que apesar de os Enfermeiros terem alguns conhecimentos primários acerca da temática, não se encontram preparados para realizar ensinios específicos às crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar, apesar de salientarem a importância de o Enfermeiro se munir com conhecimentos específicos acerca do tema.

A fase final do questionário é constituído por uma questão de resposta fechada que procura avaliar a existência de materiais informativos acerca da alimentação vegetariana nos diversos serviços, e por uma questão de resposta aberta que procura conhecer quais os materiais informativos que os Enfermeiros gostariam que fossem desenvolvidos e colocados à sua disposição nos serviços. Os dados serão apresentados posteriormente, e sugerem que:

	Não	Sim
Pergunta		
5	59	0

Tabela 9- Existência de materiais informativos acerca da alimentação vegetariana nos diversos serviços

Fonte: Própria elaboração – Questionário

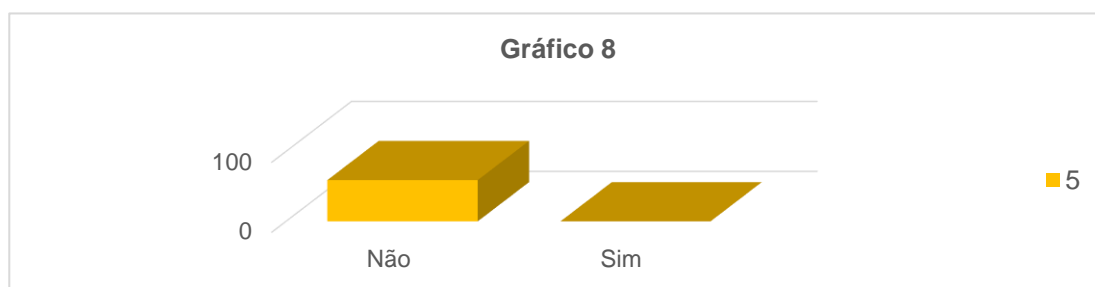


Gráfico 8- Prática clínica dos Enfermeiros perante a alimentação vegetariana

Fonte: Própria elaboração – Questionário

- Nos serviços onde realizei os estágios clínicos não existiam materiais informativos acerca da temática abordada.

Relativamente à pergunta aberta do questionário (questão 5.2), uma vez que se verificou que nos serviços onde se realizou estágio não existiam materiais informativos acerca da alimentação vegetariana em idade pediátrica foi questionado aos Enfermeiros que materiais gostariam que fossem elaborados de acordo com a temática, tendo surgido maioritariamente as seguintes respostas:

	Poster	Vídeo	Guia	Folheto	Sessão de Formação	Não Respondeu	Não especifica o material
Pergunta							
5.2	6	2	13	31	7	17	2

Tabela 10- Opinião dos Enfermeiros acerca dos materiais informativos que gostariam que fossem implementados no seu serviço

Fonte: Própria elaboração – Questionário

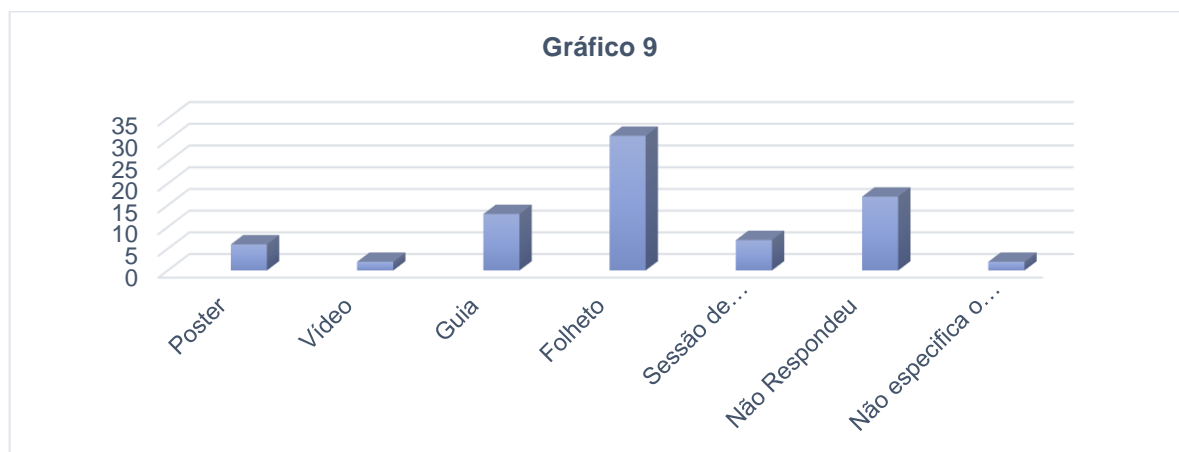


Gráfico 9- Opinião dos Enfermeiros acerca dos materiais informativos que gostariam que fossem implementados no seu serviço

Fonte: Própria elaboração – Questionário

- Através da análise dos dados anteriores, é possível concluir que os materiais informativos que os Enfermeiros gostariam que fossem desenvolvidos e implementados nos seus serviços são: o folheto (52,5%) e o guia alimentar (22%).

- Importa ainda salientar que dos 59 Enfermeiros que responderam ao questionário, 17 (28,8%) não respondeu à questão e 2 (3,4%) respondeu à questão de uma forma generalista sem especificar qual o material que gostariam que fosse implementado no seu serviço.

Assim, de modo a ir ao encontro do terceiro objetivo são definidas determinadas estratégias, apresentadas posteriormente, que permitirão os Enfermeiros adquirirem e desenvolverem os seus saberes.

Através da aplicação do instrumento de diagnóstico realizado – questionário, e posterior tratamento de dados, foi possível concluir três aspetos fulcrais para este projeto:

- Os Enfermeiros inquiridos evidenciaram a necessidade de reforçar os conhecimentos acerca da temática;
- Os Enfermeiros consideram que os conhecimentos que possuem não lhes permitem realizar ensinamentos de qualidade às crianças/pais/cuidadores/comunidade educativa.
- Os serviços não possuem materiais informativos acerca da alimentação vegetariana, que possam ser disponibilizados aos pais/crianças/cuidadores/comunidade educativa.

Neste sentido, umas das estratégias definidas de modo a concretizar o segundo objetivo delineado foi a realização de sessões de formação destinadas aos Enfermeiros, dos diversos serviços onde se realizou o estágio, acerca da temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica, uma vez que “o setor da saúde é uma área que sofre constantes mudanças e avanços no conhecimento, através da pesquisa, introdução de novas tecnologias”, pelo que “ (...) é essencial que os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, se atualizem e complementem sua formação académica, tendo como objetivo oferecer assistência de qualidade e uma prática baseada em evidências científicas” (Ortega, Cecagno, Llor, Siqueira, Montesinos & Soler, 2015, p. 405).

Desta forma foram realizadas as seguintes sessões de formação:

- Dia 18 de Junho de 2019: USF – ARS Alentejo
- Dia 6 de Novembro de 2019: SUP – ARS Lisboa e Vale do Tejo
- Dia 10 de Dezembro de 2019: Serviço de Internamento de Pediatria – ARS Alentejo.

As sessões de formação realizadas foram integradas nos planos de formação de cada serviço, à exceção da sessão elaborada para o SUP de um Hospital pertencente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, pois o momento de formação em serviço findou, pelo que houve necessidade de adotar outra estratégia e por isso foi realizada durante a passagem de turno. Importa salientar que antes da realização das sessões foram elaborados os respetivos planos de sessão adaptados à realidade e necessidades de cada serviço (Apêndice 9). De acordo com Conceição *et al.*, (1998) citado por Tojal, (2011, p. 54) “para que as estruturas de formação funcionem em pleno, é indispensável um processo de planeamento adequado e adaptado às necessidades dos intervenientes”.

O método privilegiado na realização das sessões de formação foi o método expositivo. Nérice (1987, p.285) citado por Brighenti, Biavatti & Souza (2015, p.290) define método como “ (...) um conjunto de procedimentos lógicos e psicologicamente ordenados, utilizados pelo professor a fim de levar o educando a elaborar conhecimentos, adquirir técnicas ou habilidades e a incorporar atitudes e ideias”. No método expositivo o formador desenvolve oralmente o assunto, sendo portador do papel principal, enquanto os formandos desempenham o papel secundário/passivo (Santos, 2014). Para além da utilização do método expositivo na realização das sessões, promoveu-se a participação dos formandos, o esclarecimento de dúvidas e debate, pois o papel do formador não consiste apenas:

“ (...) em transmitir um conteúdo, mas gerar um processo, função para a qual é necessário

estabelecer relações, avaliar as necessidades, agir de modo a que os formandos invistam na formação, aproximando-os dos recursos de aprendizagem e encorajando o espírito de iniciativa” (Marc & Garcia-Locqueneux, 1995 citados por Toja, 2011, p.57).

Para a realização das sessões de formação foi utilizado como meio auxiliar de ensino o computador, particularmente o software informático *Power Point*, onde foram criadas as apresentações que mediarão as diversas sessões de formação. Para a sua apresentação fez-se uso também do retroprojetor. A utilização de recursos didáticos aumenta o interesse e atenção dos formandos, diminui o tempo previsto para a formação, facilita a interação entre os formadores e os formandos, facilita a tarefa do formador por constituir um suporte para o seu discurso, provoca maior impacto no grupo e facilita a retenção de conceitos (Instituto de Emprego e Formação Profissional [IEFP], 2013).

No fim da sessão de formação, foi distribuída aos formandos um questionário de avaliação da sessão (Apêndice 10), com o intuito de avaliar a própria sessão e aferir se os conhecimentos transmitidos foram percebidos pelos Enfermeiros, com o objetivo de poderem utilizar estas informações em situações da prática clínica futura.

Objetivo Específico 3: *Otimizar estratégias juntos dos profissionais de saúde, nomeadamente Enfermeiros, de forma a capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa na adoção de medidas que promovam uma alimentação vegetariana saudável em idade pediátrica.*

Após aplicação dos questionários e posterior avaliação emergiu a ideia anteriormente explanada que os serviços não possuem materiais informativos acerca da alimentação vegetariana, que possam ser disponibilizados aos pais/crianças/cuidadores/comunidade educativa. Desta forma, e de modo a ir ao encontro do terceiro objetivo específico traçado anteriormente, realizou-se junto da Professora Orientadora, equipa de enfermagem e respetivo Enfermeiro Chefe dos serviços onde se efetuaram os estágios, uma investigação, com base no método de *Brainstorming*, com o intuito de definir os melhores recursos a serem elaborados para a capacitação dos pais/crianças/cuidadores/comunidade educativa. O método *Brainstorming*, por ser considerada uma técnica de grupo, tem como objetivo recolher ideias e sugestões viáveis de todos os participantes, sobre determinados problemas (Nóbrega, Neto & Santos, 1997).

Assim, na USF, de acordo com as necessidades identificadas e em consonância com a equipa de enfermagem, procedeu-se à elaboração de um folheto acerca da alimentação vegetariana em idade pediátrica (Apêndice 11). Uma vez que a temática geral era a alimentação, foi-me proposto pela Enfermeira Orientadora, realizar uma atualização e transformação de um guia alimentar elaborado por Dina Morganheira no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade de Évora, em dois folhetos (Apêndice 12).

No Serviço de Neonatologia, verificou-se a inexistência de material informativo acerca da temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica, pelo que foi realizado um folheto acerca da temática, mas com a particularidade de evidenciar as não diferenças entre o leite materno de uma mãe vegetariana e não vegetariana (Apêndice 13).

No SUP, devido à falta de conhecimentos pelos Enfermeiros acerca da temática e a inexistência de material de suporte, procedeu-se à realização de um folheto, que será inclusivamente colocado na sala de espera dos utentes, permitindo assim que crianças e pais que pretendem ou já adotaram este tipo de regime alimentar se possam aconselhar, de acordo com as evidências científicas mais recentes (Apêndice 14).

No último estágio realizado - Serviço de Internamento de Pediatria - e em espelho com a situação dos outros locais de estágio, devido à falta de conhecimentos dos Enfermeiros e para além da sessão de formação realizada, foi construído um guia alimentar que aborda a temática da diversificação alimentar durante a infância fazendo as distinções entre a alimentação tradicional e a alimentação vegetariana (Apêndice 15).

Através da realização destes materiais informativos foi possível capacitar os Enfermeiros para um empoderamento posterior dos pais/cuidadores/comunidade escolar acerca da temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica. Desta forma, isto vai ao encontro do padronizado pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que nos diz que o EEESIP:

“trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

2.1.5. AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

A Metodologia de Projeto apresenta como característica, o facto de o processo de avaliação ser contínuo, permitindo uma retroação com o intuito de facilitar a redefinição da análise de situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção de meios e análise dos resultados, pois “a avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projecto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objectivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados) (Carvalho *et al.*, 2001 citados por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.24).

Para realizar a avaliação posteriormente explanada, primeiramente procedeu-se à análise de diversos fatores retirados das respostas aos questionários efetuados na fase de diagnóstico de situação, interligando estes dados com a experiência profissional da população-alvo – os Enfermeiros, bem como a análise e avaliação das sessões de formação. Os dados que serão apresentados posteriormente foram processados utilizando o *software* informático *Excel* e utilizando a análise descritiva. Esta fase é designada por avaliação intermédia ou depuração, que é desenvolvida em simultâneo com a fase de execução do projeto, e que é “um momento de pausa e de reflexão sobre o percurso desenvolvido até ao momento” (Castro *et al.*, 1993 citados por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.25).

Análise global dos questionários...

Da análise global dos questionários, aplicados nos diversos contextos de estágio, que apresentava como objetivo analisar os conhecimentos dos Enfermeiros relativamente à temática da alimentação vegetariana foi possível verificar que mais de metade dos Enfermeiros, nomeadamente 52,5% (n=31) já lidou com crianças/pais que pretendiam ou adotaram um regime alimentar vegetariano. Por esse motivo, verificou-se também que a maioria dos Enfermeiros possui conhecimentos básicos acerca da alimentação vegetariana. No entanto, por ser uma temática bastante atual e em constante desenvolvimento foi também possível verificar que 96,6% dos Enfermeiros (n=57) considera que os conhecimentos que possui não lhe permitem realizar ensinamentos de qualidade às crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar.

Relacionando a temática com a experiência profissional dos enfermeiros verificou-se que 72,8% (n=43) dos Enfermeiros são especialista em ESIP, pelo que se traduz numa “ (...) prestação de cuidados de nível avançado (...) “, visto que pela sua visão holística perante o binómio criança-família se encontram mais predispostos para a importância da temática e da atuação do enfermeiro perante esta, pois as áreas de atuação do EEESIP centram-se na:

“ (...) avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, (...) e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

Relativamente ao tempo de experiência profissional, verificou-se que 54,2% dos Enfermeiros (n=32) se encontram a exercer funções na área de Pediatria ou relacionado com esta, no caso da USF, há mais de 5 anos. De acordo com os estadios de aquisição de competências definidos por Benner, esta amostra encontra-se relacionada com o estadio nº 5: *perito*. Nesta fase, o Enfermeiro “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.58).

Desta forma, com a elaboração desta análise global, foi possível concluir que os conhecimentos dos Enfermeiros perante a temática da alimentação vegetariana e a sua visão perante o papel ativo do Enfermeiro perante a criança/família, parece estar relacionado, embora não diretamente, com o tempo e experiência profissional.

Análise global das sessões de formação...

De modo a poder-se realizar uma avaliação das sessões de formação realizadas, procedeu-se à construção de um instrumento de avaliação com o intuito de perceber o impacto da mesma nas equipas de Enfermagem. A análise pormenorizada deste instrumento de acordo com cada serviço encontra-se no Apêndice 16.

De um modo geral, a adesão dos Enfermeiros às sessões de formação foi bastante elevada. Na USF estiveram presentes as 5 Enfermeiras que constituem a unidade. No SUP

que integra a ARS de Lisboa e Vale do Tejo estiveram presentes os 8 elementos presentes no serviço aquando do momento da passagem de turno. No Departamento de Pediatria integrado na ARS Alentejo, mais particularmente no Serviço de Internamento, estiveram presentes os 15 Enfermeiros pertencentes ao serviço. Deste modo, pode concluir-se que a taxa de adesão às diversas sessões de formação foi de 100%.

Relativamente ao primeiro ponto do instrumento de avaliação – **avaliação global** – 100% dos Enfermeiros da USF, 87,5% dos Enfermeiros do SUP integrante na ARS Lisboa e Vale do Tejo e 100% dos Enfermeiros do Departamento de Pediatria – Serviço de Internamento integrante na ARS Alentejo, consideraram que as sessões de formação foram totalmente adequadas.

Relacionado com a transmissão de informações e aquisição de conhecimentos, – **conteúdos** – nomeadamente na pergunta 4: “o nível de conhecimentos adquiridos” os Enfermeiros indicaram que com as sessões de formação o seu nível de conhecimentos aumentou. Os dados serão apresentados no gráfico seguinte:

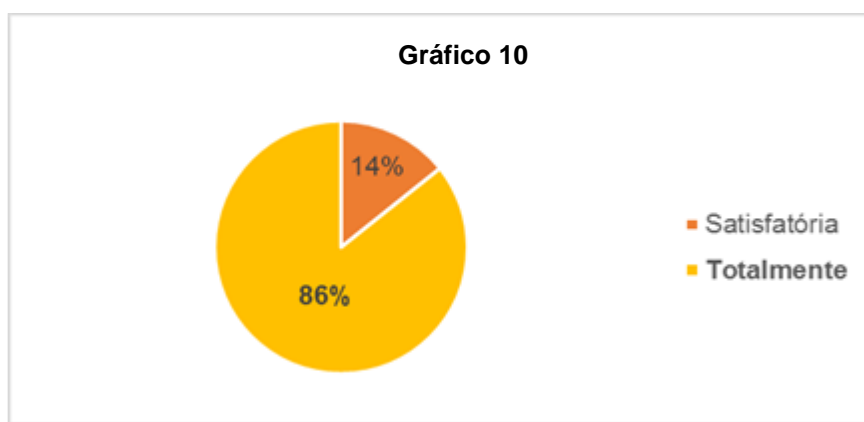


Gráfico 10- Nível de conhecimento dos Enfermeiros após realização das sessões de formação

Fonte: Própria elaboração – Instrumento de avaliação das sessões de formação

No ponto C – **desempenho da formadora** – as 5 Enfermeiras da USF bem como as 15 Enfermeiras do Departamento de Pediatria, especificamente do Serviço de Internamento da Pediatria consideraram, de um modo geral, que o desempenho foi totalmente adequado. Por sua vez, os 8 Enfermeiros do SUP integrante da ARS Lisboa e Vale do Tejo consideraram

algumas questões entre o item adequado e totalmente adequado, que serão explícitos através da análise do gráfico seguinte:



Gráfico 11- Resposta dos Enfermeiros do SUP integrante da ARS Lisboa e Vale do Tejo ao ponto C do Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação

Fonte: Própria elaboração – Instrumento de avaliação das sessões de formação

- Apesar de as respostas terem variado entre os diversos serviços onde se realizou as sessões de formação, de um modo geral e estatisticamente o desempenho da formadora foi considerado **totalmente adequado**.

O último ponto de questões deste instrumento prende-se com a **organização**. De acordo com o gráfico seguinte, de um modo geral, os Enfermeiros consideraram que a organização que permitiu a elaboração das sessões de formação foi **totalmente adequado**.



Gráfico 12- Resposta de todos os Enfermeiros ao ponto D do Instrumento de Avaliação da Sessão de Formação

Fonte: Própria elaboração – Instrumento de avaliação das sessões de formação

Através da análise e discussão dos resultados obtidos anteriormente, implementados neste projeto de Estágio, foi possível concluir que as atividades propostas e planeados, tendo em conta os objetivos preconizados, foram atingidos.

2.1.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A etapa final deste Projeto ocorre com a divulgação de resultados, “uma fase importante, (...), na medida em que se dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projecto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema”. Mais ainda se torna preponderante, quando desenvolvidos na área da saúde pois “ (...), fornece informação científica aos clientes e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições (...) delineando estratégias e a forma de minimizar/anular esse problemas nos vários contextos” (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.31-32).

Neste sentido, a divulgação dos resultados deste Projeto foi efetivada no presente relatório de estágio, bem como em eventuais comunicações científicas futuras.

CAPÍTULO 3- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA APRENDIZAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS: DESDE OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS AOS CUIDADOS DIFERENCIADOS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, particularmente na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foram realizados diversos estágios em contextos pediátricos distintos, que se constituíram como uma mais-valia no desenvolvimento de competências, tanto ao nível das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista bem como das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Desta forma, os estágios clínicos são considerados “ momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objectivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências” (Alarcão & Rua, 2005, p.376), uma vez que:

“os contextos de trabalho são o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da acção), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na acção)” (Longarito, 1999; Oliveira-Formosinho, 2002 citados por Alarcão & Rua, 2005, p. 376).

O início do estágio clínico ocorreu no final do segundo semestre do Curso de Mestrado, mais propriamente entre o dia 20 de Maio e o dia 28 de Junho de 2019, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários [CSP], sendo por isso denominado por Estágio I. Seguidamente, ao longo do terceiro semestre do Curso, entre o dia 16 de Setembro de 2019 e o dia 17 de Janeiro de 2020, ocorreram mais três estágios em contextos clínicos pediátricos distintos, que constituem o denominado Estágio Final.

Assim, durante a realização dos diversos estágios clínicos, e de acordo com a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica integrada na linha de pesquisa principal da Alimentação Saudável, e de acordo com o objetivo geral maior, que se prende com a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista bem como de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foram definidos os

seguintes objetivos gerais minor, caracterizados por serem transversais aos diversos contextos da prática clínica.

- Promover uma alimentação equilibrada e saudável em idade pediátrica;
- Prestar cuidados especializados ao binómio criança/família, com o objetivo de promover a sua saúde e prevenir a doença;
- Otimizar estratégias de capacitação dos pais/cuidadores/comunidade educativa na adoção de medidas que promovam uma alimentação vegetariana saudável em idade pediátrica.

De uma forma mais pormenorizada e tendo em conta os contextos de estágio clínico, foram ainda definidos objetivos específicos para cada estágio, nomeadamente:

- Conhecer, em geral, a estrutura funcional onde se realiza o estágio clínico;
- Desenvolver conhecimentos e participar na prestação de cuidados tendo em conta o estágio clínico;
- Sensibilizar os Enfermeiros para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica;
- Criar e implementar materiais informativos que capacitem as crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar para o regime alimentar vegetariano.

Durante o percurso académico, nomeadamente aquando do momento da realização dos estágios foram construídas e desenvolvidas atividades que permitiram atingir os objetivos gerais traçados anteriormente. Os objetivos específicos, definidos para cada local de estágio em particular, serão apresentados posteriormente.

3.1. ESTÁGIO I

O Estágio I, com duração de 6 semanas, ocorreu entre o dia 20 de Maio e o dia 28 de Junho de 2019 em contexto de CSP, que é parte integrante do Serviço Nacional de Saúde [SNS], definido como um “conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da

saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde” (Lei n.º 95/2019, p.61).

Por sua vez, os CSP, são considerados como “o pilar central do sistema de saúde”, pois “constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Decreto-Lei n.º 28/2008, p. 1182).

Os CSP incorporam os Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES], criados em 2008, e são considerados como “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-Lei n.º 28/2008, p. 1182). Sendo assim, são constituídos por unidades funcionais como as Unidades de Saúde Familiar [USF], as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP], as Unidades de Cuidados na Comunidade [UCC], as Unidades de Saúde Pública [USP] e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP] (Decreto-Lei n.º 28/2008).

Neste sentido, o Estágio I decorreu numa USF, definida como uma unidade elementar “de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo (Decreto-Lei n.º 73/2017, p.3128), que pertence ao ACES Alentejo Central, sujeito ao poder de direção da ARS Alentejo. A área de atuação do ACES Alentejo Central estende-se pelos concelhos do Distrito de Évora, nomeadamente Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa, numa extensão de 7393 km², que abrange uma população residente em 2011, tendo em conta o último recenseamento, que ronda os 166.726 habitantes (ARS Alentejo, I.P, 2017).

A USF onde decorreu o estágio foi inaugurada em meados de 2019, exercendo funções desde Dezembro de 2018, uma vez que esta unidade anteriormente assumia funções de UCSP. Esta unidade pertence a um dos concelhos com maior densidade populacional do Distrito de Évora, com um número médio de pessoas por km² de 50,9, tendo no total 11,259 habitantes em 2018. De acordo com a mesma fonte, esta USF no ano de 2018 prestou

cuidados de saúde à população pediátrica (0-19 anos), que contêm 1970 habitantes. Os restantes habitantes, adultos e idosos, são 7619 (PORDATA, 2019).

Esta unidade encontra-se situada no mesmo espaço físico, ou seja, no mesmo edifício que outras unidades funcionais pertencentes a este Centro de Saúde, nomeadamente UCC, URAP e Serviço de Apoio Permanente [SAP]. Aquando do momento de realização de estágio por esta unidade ter sido recentemente transformada em USF, estavam a ser ultimados todos os preparativos para a funcionalidade da mesma, nomeadamente na articulação necessária entre a equipa da UCC e da URAP.

O espaço físico da USF, possui duas salas de espera, sendo que uma delas é destinada única e exclusivamente às crianças, diversos gabinetes médicos, de enfermagem e administrativos, bem como, uma sala destinada à vacinação, uma sala de saúde infantil, uma sala de tratamentos, um gabinete para consultas da diabetes e um gabinete onde se realizam as consultas de saúde materna e obstétrica, bem como, as de planeamento familiar. Relativamente à funcionalidade da USF, esta opera de segunda a sexta-feira das 8h00m às 20h00m e aos sábados, domingos e feriados das 08h00m às 14h00m.

É composta por uma equipa multidisciplinar, constituída por 5 enfermeiros dos quais 4 são Especialistas em diversas áreas, como especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 6 médicos e 3 assistentes administrativos. Dentro dos 5 enfermeiros, 1 deles desempenha funções de chefia e coordenação da unidade.

O método de trabalho utilizado por esta unidade é o método de trabalho em equipa, onde ocorre uma coordenação entre os diversos profissionais de saúde, nomeadamente o médico, o Enfermeiro e o assistente administrativo. Especificamente o papel do Enfermeiro nesta unidade destina-se ao papel do Enfermeiro de Família. Este, por sua vez:

“é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (...), ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (...)” (Decreto-Lei n.º 118/2014, p.4070).

O registo de todas as informações dos utentes desta unidade são realizados no programa informático SClínico®, que faz uso da linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], permitindo uma uniformização dos cuidados prestados. O registo da vacinação, para além de ser efetuado no Boletim de Vacinas e no SClínico®, é ainda realizado num programa informático destinado apenas ao registo da vacinação, designado por EBoletim de Vacinas, criado no sentido de “reduzir custos, evitar inconvenientes associados à perda do boletim em papel, facilitar a consulta do histórico de vacinação e melhorar a qualidade da informação” (Serviço Nacional de Saúde, 2017, s/p).

Apesar de serem prestados cuidados a toda a população (crianças/adultos/idosos), o Estágio I, no sentido de ir ao encontro do desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, centrou-se apenas na prestação de cuidados à população pediátrica e respetiva família. Este estágio foi orientado, de acordo com as normas de obrigatoriedade do Instituto Politécnico de Portalegre, por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Através desta orientação foi possível definir objetivos específicos a atingir, de modo a ir ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto dos CSP, que foram:

- Conhecer, em geral, a estrutura funcional deste Centro de Saúde, e em particular da USF;
- Desenvolver conhecimentos e participar na realização das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil que se efetuam na USF;
- Sensibilizar os Enfermeiros da USF para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica;
- Criar e implementar materiais informativos que capacitem as crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar para o regime alimentar vegetariano.

Neste sentido, importante perceber qual a realidade da população pediátrica deste concelho pertencente ao Distrito de Évora. De acordo com os dados anteriormente apresentados, de toda a população que constitui este concelho, apenas 17,5% encontram-se em idade pediátrica. Em 2018, o número de nascimentos foi de apenas 27 crianças, comparativamente ao ano de 2017, em que se verificaram 42 nascimentos. A taxa de

mortalidade infantil neste concelho é de 0 crianças (PORDATA, 2019). Em 2012 efetuaram-se nesta unidade 1165 consultas de saúde infantil (PORDATA, 2019).

Relativamente às Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, estas seguem o padronizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], no que se refere à realização de consultas de acordo com a idade-chave tendo em conta o desenvolvimento infantil, particularmente desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional e de acordo com os acontecimentos importantes na vida do bebé, criança ou adolescente relativamente ao processo de socialização, alimentação e escolaridade (DGS, 2013). Estas consultas ocorrem em harmonização com o esquema de vacinação, de acordo com a idade da criança, o que significa que maioritariamente as crianças são vacinadas no momento da consulta.

A par da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança no momento da consulta, que permite detetar alterações que necessitam de uma posterior intervenção ou encaminhamento para outros profissionais de saúde, nomeadamente qualificados de acordo com o assunto em questão, são ainda realizados os cuidados antecipatórios, tendo em conta a faixa etária da criança, mas que de um modo geral se centra na temática da alimentação, saúde oral, higiene, hábitos de sono, desenvolvimento, relação emocional/comportamento, perturbações e acidentes e segurança. Estes cuidados antecipatórios são vistos como:

“ (...) fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (...) ” (DGS, 2013, p.7).

Além da avaliação que o EEESIP realiza nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil deverá ainda aproveitar as consultas oportunistas a que o PNSIJ faz referência, pois “a detecção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objectivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários” (DGS, 2013, p.57), isto porque:

“ (...) o acompanhamento das aquisições do desenvolvimento deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo, à semelhança, aliás, do próprio processo maturativo da criança. Deverá ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família e não apenas nas denominadas idades-chave” (DGS, 2013, p.58).

Após a avaliação de todos os parâmetros, tendo em conta a idade-chave da criança, por parte do Enfermeiro, a criança posteriormente é avaliada pela médica de família, ocorrendo uma articulação harmoniosa entre os dois profissionais de saúde, no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença da criança/família em questão. No entanto, é de realçar que o Enfermeiro, especialmente o EEESIP possui um papel fulcral pois:

“é ele quem realiza consultas de enfermagem e avalia o estado de saúde de cada usuário, sendo, portanto, necessário que possua uma visão holística do cuidado, para que possa identificar e destacar os principais agravos à saúde da população, bem como buscar ferramentas para trabalhar com tais questões” (Furtado, Mello, Pina, Vicente, Lima & Rezende, 2018, p.3).

A nível prático, neste estágio clínico e de acordo com o mencionado anteriormente, efetuei em conjunto com a Enfermeira Orientadora consultas de saúde infantil e juvenil, realizando a avaliação dos diversos parâmetros, efetuando os respetivos registos e administrando as vacinas. Estes procedimentos constituíram-se como uma mais-valia na aquisição de conhecimentos e competências perante a avaliação da criança/respetiva família no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença.

Presentemente, estas consultas nesta USF realizam-se segundas-feiras das 09h00m às 13h00m e quartas-feiras das 14h00m às 18h00m. Como referido anteriormente maioritariamente as crianças/jovens são vacinados no momento da consulta, contudo a USF tem estipulado a Vacinação todos os dias úteis das 09h00m às 17h00m.

No âmbito do Estágio I, foi realizado um Estudo de Caso (Apêndice 17), de uma família nuclear selecionada em consonância com a Enfermeira Orientadora, composta por quatro elementos – um casal heterossexual e dois filhos (9 anos e 4 meses de idade). A elaboração deste Estudo de Caso para além de me ter permitido concentrar numa família em específico, possibilitando a criação de uma ligação relacional, consentiu-me que explorasse a sua dinâmica e estrutura com o intuito de a compreender na sua forma integral. Através desta análise foram identificados diversos diagnósticos de enfermagem e foram delineadas intervenções que possibilitaram à Enfermeira uma atuação no sentido de melhorar os problemas previamente identificados.

Assim, a realização deste Estudo de Caso, constitui-se como uma forma de aprofundar conhecimentos sobre a família S. e sobre as intervenções de enfermagem perante a mesma, permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista,

uma vez que, de acordo com o trabalho efetuado no binómio criança/família, foi possível avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, bem como promover comportamentos de saúde e de segurança, recorrendo às orientações antecipatórias fornecidas aos pais. De um modo geral, este Estudo de Caso facultou-me a perceção, de um modo prático, do papel do EEESIP no contexto dos CSP.

Para além disto, a realização deste Estudo de Caso constituiu-se como uma mais-valia para a própria família, no sentido, em que foi possível conhecer toda a sua estrutura funcional e detetar problemas existentes na mesma. No entanto, para além dos benefícios para o enfermeiro e família não nos podemos esquecer que este tipo de trabalho académico acarreta benefícios para a própria unidade no sentido em que agora são detentores de conhecimentos sobre a respetiva família, de uma forma integral, e isso permite-lhes planear atempadamente as suas intervenções perante a família bem como criar e reforçar laços relacionais. Isto, sem dúvida, vai ao encontro e permite desenvolver na prática a Teoria de Nola Pender, que visa a promoção da saúde e prevenção da doença, bem como o Modelo de Anne Casey, Modelo de Cuidados Centrado na Família e Modelo de Parceria de Cuidados.

Um estudo de caso pode ser uma valiosa ferramenta, que procura estratégias facilitadoras para a aprendizagem, tratando-se de um caso obtido por meio de uma detalhada colheita de dados, que envolve diversas fontes de informação, e que devem ser relevantes para a tomada de decisão. A nível prático, o seu valor é promover a oportunidade de examinar uma situação da vida real, a partir da qual o estudante poderá discutir a causa específica do problema, a sua prevenção e sugerir possíveis soluções com o intuito de resolver o dito problema (Freitas & Carmona, 2011).

Ao longo da realização deste estágio clínico, para além das atividades anteriormente descritas, foram desenvolvidos materiais informativos acerca da temática da alimentação saudável e do regime alimentar vegetariano, no âmbito do Projeto de Mestrado. Desta forma, a pedido da Enfermeira Orientadora, procedi à transformação de um guia alimentar do primeiro ano de vida, elaborado pela Enfermeira Dina Morganheira em 2018, no âmbito do Curso de Mestrado, em dois folhetos (Apêndice 12), para que a informação se tornasse mais perceptível para os pais.

No sentido, de ir ao encontro do objetivo específico de sensibilização dos enfermeiros desta USF para a temática da alimentação vegetariana, realizei uma sessão de formação para

os enfermeiros (Apêndice 18) e elaborei um folheto com informações básicas que permitem capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa para a temática (Apêndice 11). Ambos os folhetos foram entregues à Enfermeira Orientadora de modo a serem replicados, para que possam ser entregues às crianças/famílias, de acordo com cada caso clínico.

Através da realização de todas as atividades descritas anteriormente, é possível afirmar que, tanto os objetivos gerais, lineares a todos os estágios clínicos, bem como, os objetivos específicos, traçados detalhadamente para este estágio, foram atingidos.

3.2. ESTÁGIO FINAL

O denominado Estágio Final, que decorreu ao longo do terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, nomeadamente entre o dia 16 de Setembro de 2019 e o dia 17 de Janeiro de 2020, ocorreu em três serviços pediátricos distintos, todos eles em âmbito hospitalar.

O Estágio Final foi então realizado da seguinte forma:

- 4 semanas: Serviço de Neonatologia;
- 4 semanas: Serviço de Urgência Pediátrica;
- 8 semanas: Serviço de Internamento de Pediatria.

Em consonância com o Estágio I, todos os Enfermeiros Orientadores destes estágios clínicos são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

3.2.1. Serviço de Neonatologia

Entre o período compreendido de 16 de Setembro a 11 de Outubro de 2019, realizou-se o estágio clínico no Serviço de Neonatologia, integrante da área materno-infantil de um Hospital Central pertencente à ARS Alentejo, que apresenta como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (Hospital do Espírito Santo E.P.E, 2020, s/p).

Este Hospital, considerado como a maior e principal unidade hospitalar do Alentejo, recebe utentes de toda a área alentejana, nomeadamente Alentejo Central (155,000 habitantes), e utentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (319,000 habitantes), num total de 473,235 habitantes (estimativa Instituto Nacional de Estatística [INE], 2017 citado por Hospital do Espírito Santo E.P.E, 2020).

O Serviço de Neonatologia foi criado em Junho de 1990, com a intenção de assegurar cuidados intensivos à região do Alentejo, e desde então tem vindo a ser alvo de grandes transformações. A 26 de Abril de 2001, o Hospital foi considerado um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado e posteriormente o Serviço de Neonatologia foi oficializado como Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - UCIN. Desta forma, desde 2001 funciona com cuidados intensivos a recém-nascidos [RN], sendo por isso, considerada a unidade de referência de toda a região alentejana, recebendo cada vez mais RN de pré-termo e termo até aos 28 dias de vida, oriundos de outros distritos (Hospital do Espírito Santo E.P.E, 2020).

À semelhança do Serviço de Internamento de Pediatria, Consultas Externas de Pediatria e Urgência Pediátrica, integrantes do Serviço de Pediatria, a Unidade de Neonatologia foi acreditada pela Direção Geral de Saúde em Dezembro de 2015, de acordo com o Programa Nacional de Acreditação em Saúde [PNAS] (ARS Alentejo, I.P., 2015). O processo de acreditação, “é um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (*standards*) e para implementar meios de melhorar continuamente” (DGS, 2014, p.6). O seu objetivo prende-se com a promoção do empenho voluntário dos profissionais de saúde com o intuito de melhorar continuamente os cuidados prestados aos utentes (DGS, 2014).

No sentido de perceber a importância desta unidade, importante referir quais as estatísticas referentes ao nascimento de bebés no Distrito de Évora. A taxa bruta de natalidade na região do Alentejo Central no ano de 2018 foi de 7,6% (PORDATA, 2019), comparativamente com a taxa bruta de natalidade a nível nacional, que no mesmo ano foi de 8,5% (INE, 2018). Especificamente na região de Évora, o número de nados-vivos em 2018 foi de 309 por cada mil habitantes (PORDATA, 2019). Na região do Alentejo, o número de nados-vivos de partos gemelares foi de 3%. Entre o ano de 2012 e 2017, a nível nacional, verificou-se um aumento da percentagem de nados-vivos com baixo peso (peso inferior a 2,500 gramas), situando-se nos 8,9%. Neste mesmo período, verificou-se um aumento significativo

da percentagem de nascimento de nados-vivos prematuros, com menos de 37 semanas de gestação, de 7,8% para 8,1% (INE, 2018). Estes dados, traduzem indicadores que potenciam o parto prematuro, como a idade materna, hábitos tabágicos, abuso de drogas e restrição do crescimento fetal (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2020).

Relativamente ao espaço físico, o Serviço de Neonatologia, encontra-se situado no terceiro piso junto à sala de partos. Apresenta uma lotação total de 12 camas, divididas por 3 salas de prestação de cuidados distintos. A sala A é composta por 3 incubadoras e encontra-se destinada à prestação de cuidados intensivos neonatais; a sala B é composta por 5 incubadoras e destina-se à prestação de cuidados intermédios, enquanto a sala C, composta por 4 berços, se destina à prestação de cuidados mínimos, ou seja, cuidados que preparam o RN e família para o momento da alta.

Para além das 3 salas destinadas à prestação de cuidados diretos, o Serviço de Neonatologia é ainda constituído por um gabinete de enfermagem, que possui uma central de monitorização, que permite realizar uma vigilância constante dos neonatos, particularmente dos parâmetros vitais, um gabinete médico, uma sala de preparação de terapêutica, uma sala designada por copa de leites, onde no turno da tarde as enfermeiras preparam os leites dos RN's para as próximas 24 horas, 2 salas de arrumos e uma sala destinada ao Cantinho da Amamentação, local onde as mães podem extrair o seu leite materno para posteriormente ser administrado aos seus bebés, respetivamente.

No que diz respeito à permanência dos pais no serviço, estes podem permanecer no mesmo, e de preferência junto dos neonatos, todos os dias das 9h00m às 24h00m. No entanto, os pais, maioritariamente as mães, por questões de carência económica agregada ao facto de residirem a mais de 30 quilómetros [km] de Évora, têm a possibilidade de poder pernoitar num quarto, dos 3 criados, em 2004, em instalações anexas ao Serviço (Hospital do Espírito Santo E.P.E, 2020).

Este serviço é composto por uma equipa multiprofissional, onde se encontram integrados médicos pediatras e com especialidade em neonatologia, enfermeiros, assistentes operacionais e uma administrativa. Especificamente, a equipa de enfermagem é constituída por 23 elementos, uma delas a Enfermeira Chefe e são todos detentores do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A equipa de enfermagem utiliza o método de trabalho individual na prestação de cuidados, o que significa que cada Enfermeiro

fica responsável pela prestação de cuidados integrais ao binómio RN's/família, que lhe são atribuídos. "A responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados" (Costa, 2004, p.3). "Os enfermeiros devem ser também competentes em métodos de ensino aos pais que desenvolvam uma relação mais forte com o seu bebé, especialmente reconhecendo problemas potenciais" (Hockenberry & Wilson, 2014, p.283).

Os registos de enfermagem são realizados em suporte de papel no processo clínico de cada RN. Por sua vez, estes encontram-se junto às incubadoras/berços, de forma a facilitar a consulta de informações relevantes, nomeadamente sinais vitais, medicação e respetivo horário, alimentação e eliminação, encontrando-se devidamente protegidos.

Para o presente estágio, e em consonância com o estágio clínico anterior e com as diretrizes da Enfermeira Orientadora, foram definidos objetivos específicos a atingir, de modo a ir ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto da prestação de cuidados a neonatos, que foram:

- Conhecer a estrutura funcional do Serviço de Neonatologia;
- Desenvolver conhecimentos e participar na prestação de cuidados a neonatos e respetiva família que se encontram internados no Serviço de Neonatologia;
- Sensibilizar os Enfermeiros do Serviço de Neonatologia para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica;
- Criar e implementar materiais informativos que capacitem as crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar para o regime alimentar vegetariano.

Relativamente aos cuidados prestados aos RN's, neste serviço, estes baseiam-se no modelo NIDCAP®. Este modelo, designado por Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN foi desenvolvido no início dos anos 80 e surgiu como uma estratégia para responder a preocupações acerca do impacto negativo do ambiente das unidades de cuidados intensivos neonatais aos RN's prematuros (Santos, 2011). Este modelo tem em vista "criar uma relação baseada num ambiente de suporte para o RN e a família, e propõe que as interações relativas aos cuidados e ao ambiente (...) tenham um suporte a longo prazo" (Santos, 2011, p.28). Particularmente, no Serviço de Neonatologia, existe uma preocupação na forma como os cuidados de enfermagem são

prestados, tendo em conta o modelo NIDCAP®, uma vez que a equipa procura manter um ambiente tranquilizador, com presença do mínimo ruído e luz possível, respeitando o repouso e sono dos bebés, o que significa que a prestação de cuidados, em ocasiões normais, são efetuadas de 3 em 3 horas.

Neste sentido e no âmbito do estágio clínico, foi possível prestar cuidados aos RN's da sala C autonomamente, pois são cuidados que se assemelham aos prestados no serviço onde exerce funções. Na sala B os cuidados prestados foram coordenados com a Enfermeira Orientadora, pela especificidade das situações, no entanto foi possível por exemplo alimentar autonomamente um bebé, realizar o banho e administrar medicação. Na sala A, o estágio funcionou mais a nível da observação dos cuidados prestados pela Enfermeira Orientadora, devido à imaturidade do bebé e especificidade dos procedimentos.

Desta forma, no decorrer das 4 semanas, foram adquiridas aprendizagens que se relacionam com a prestação de cuidados específicos aos RN's, nomeadamente prover o conforto, parentalidade, alimentação eficaz, o que se constituiu como uma mais-valia. Deste modo, foi possível também colocar em prática o padronizado na Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender, o Modelo de Anne Casey, o Modelo de Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Parceria de Cuidados.

Para além das atividades que foram realizadas no âmbito deste estágio clínico, foi ainda realizada uma abordagem à temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica no âmbito do Projeto de Mestrado, no qual se desenvolveu um folheto informativo acerca da temática, focando a particularidade e especificidade do leite materno de uma mãe não vegetariana comparativamente com o leite materno de uma mãe vegetariana (Apêndice 13). Este folheto surge pela necessidade identificada pela Enfermeira Orientadora de perceber as diferenças da composição do leite materno tendo em conta o regime alimentar materno.

Esta necessidade surgiu por ter experienciado uma situação particular, de uma senhora, mãe de um RN, que apresentava um regime alimentar vegetariano, e quando efetuava a extração do leite materno para o seu bebé, este apresentava uma coloração verde. Deste modo, para além de este folheto permitir informar os pais, funciona como material de sensibilização à equipa de enfermagem para a temática.

Assim, de acordo com os objetivos específicos delineados para este estágio clínico, e os objetivos gerais, e de acordo com os procedimentos e material informativo realizados, é possível concluir que os objetivos traçados anteriormente foram atingidos.

3.2.2. Serviço de Urgência Pediátrica

O presente estágio clínico ocorreu entre o dia 14 de Outubro a 8 de Novembro de 2019, com duração de 4 semanas, no Serviço de Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar pertencente à ARS Lisboa e Vale do Tejo, que abrange os Distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém e Leiria (ARS Lisboa e Vale do Tejo, s/d).

Este hospital apresenta como missão:

a “promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E, 2020, s/d).

A sua área de influência direta abrange os concelhos de Palmela, Setúbal e a partir de 2013 o concelho de Sesimbra, abrangendo um total de 223,516 habitantes (Centro Hospitalar de Setúbal – Relatório de Atividades e Contas 2013, 2014).

De acordo com o Relatório de Gestão e Contas do Centro Hospitalar, no ano de 2013 houve um total de 133,171 urgências, da qual 40,914 foram na área pediátrica. Neste mesmo ano houve um total de 1,622 nascimentos comparativamente com o ano anterior que obteve um total de 1,759 nascimentos (-137) (Centro Hospitalar de Setúbal – Relatório de Atividades e Contas 2013, 2014). Atualmente, no ano de 2018, a população residente no Distrito de Setúbal é de 174,939 habitantes (PORDATA, 2019). A taxa bruta de nascimentos encontra-se nos 7,9%, no ano de 2018, comparativamente com a taxa bruta de natalidade a nível nacional, que no mesmo ano foi de 8,5% (INE, 2018).

O Serviço de Urgência Pediátrica deste Centro Hospitalar integra o Serviço de Pediatria do qual faz parte ainda o Serviço de Internamento de Pediatria. O atendimento estende-se a todas as faixas etárias pediátricas, ou seja dos 0 aos 17 anos e 364 dias. O horário de

atendimento deste estabelecimento público é de 24 horas por dia de segunda-feira a domingo. As crianças podem ser acompanhadas pela mãe ou, pelo pai, ou por uma pessoa de referência, sendo que estas têm que apresentar pulseira de acompanhante (Diário da República, Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho citado por Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E, 2020).

Relativamente ao espaço físico, o Serviço de Urgência Pediátrica é composto por 1 sala de espera, 1 sala de triagem, 1 sala de reanimação, 1 sala de aerossóis, 3 gabinetes de observação médica, 1 sala de tratamentos, 1 sala de pequena-cirurgia, 1 Unidade de Internamento de Curta Duração [UICD] também designado por Serviço de Observação [SO], 1 gabinete de enfermagem e restantes áreas de apoio funcional ao serviço. Este serviço possui capacidade para 8 crianças em maca, no corredor do serviço e 5 crianças em camas/berços na UICD, sendo que uma das camas é destinada a um internamento que necessite de isolamento.

Este serviço é composto por uma equipa multiprofissional, onde se encontram integrados médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogo, assistente social e funcionários administrativos. Especificamente, a equipa de enfermagem é constituída por 25 elementos, um dos quais o Enfermeiro Chefe e a Enfermeira Responsável que exercem funções de coordenação e gestão do serviço e a restante equipa que se encontra na prestação de cuidados diretos. Dos elementos que compõem esta equipa, 6 são Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 em Enfermagem Médico-Cirúrgica particularmente em Pessoa em Situação Crítica e 1 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O método de trabalho utilizado neste serviço é o método de trabalho em equipa, o que significa que, cada equipa é constituída por quatro elementos, sendo que cada um deles é distribuído por posto de trabalho, à exceção do chefe de equipa, sempre um Enfermeiro portador do título de Especialista preferencialmente em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que presta cuidados em todos os setores, de acordo com as necessidades da própria equipa e serviço. “A assistência é centrada no cliente e implementada por reuniões diárias de equipa, nas quais todos discutem as necessidades de cada cliente e imaginam maneiras de atendê-las”. “O líder de equipa, responsável interno, normalmente é designado de entre os enfermeiros com maior categoria, maior antiguidade no serviço (...) “apresentando a “responsabilidade dos cuidados, assumindo primordial importância o

desenvolvimento das suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão, de forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las com o melhor da sua capacidade” (Costa, 2004, p. 5).

Relativamente à triagem, o serviço é possuidor de um sistema de triagem próprio, regulado por um procedimento interno que atribui prioridade (emergente – pulseira vermelha; urgente – pulseira amarela; ou pouco urgente – pulseira azul) de acordo com a situação clínica de cada criança. Quem realiza a triagem são os Enfermeiros, preferencialmente os Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que para além da atribuição da prioridade de acordo com a situação clínica da criança e de colocarem a pulseira de identificação no acompanhante (pulseira cor-de-rosa), procedem ao encaminhamento da criança para outras áreas de especialidade, de acordo com as necessidades, nomeadamente, Cirurgia, Ortopedia e Oftalmologia. É relevante salientar que as crianças que necessitam de ser observadas pela área da Ortopedia e Oftalmologia têm de se deslocar ao Serviço de Urgência Geral, comparativamente com a área de Cirurgia que se desloca ao Serviço de Urgência Pediátrica para observar as crianças.

Os registos de enfermagem e dos restantes profissionais de saúde são efetuados no programa informático *Alert®*.

A nível prático, neste estágio clínico foi possível experienciar o trabalho que se efetua nos diferentes postos que constituem o serviço, o que se constituiu como uma mais-valia para a aprendizagem e aquisição de competências não só que se prendem diretamente com a prestação de cuidados, mas também relacionadas com a gestão e formação.

Para o presente estágio, e em consonância com os estágios clínicos anteriores e com as diretrizes da Enfermeira Orientadora, foram definidos objetivos específicos a atingir, de modo a ir ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto da prestação de cuidados a neonatos, que foram:

- Conhecer a estrutura funcional do Serviço de Urgência Pediátrica;
- Desenvolver conhecimentos e participar na prestação de cuidados a bebés/crianças/adolescentes e respetiva família que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica;

- Sensibilizar os Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica;
- Criar e implementar materiais informativos que capacitem as crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar para o regime alimentar vegetariano.

Para além das atividades que foram realizadas no âmbito deste estágio clínico, foi ainda realizada uma abordagem à temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica no âmbito do Projeto de Mestrado, no qual se desenvolveu um folheto informativo acerca da temática, que se assume não só como um material de sensibilização dos enfermeiros como também de pais e crianças que queiram ou já praticam um regime alimentar vegetariano (Apêndice 14). Este folheto será entregue a todas as crianças/pais que pratiquem um regime alimentar vegetariano, uma vez que fornece informações essenciais para uma alimentação vegetariana saudável.

Para além disso, realizou-se um momento de sensibilização direta aos enfermeiros, através da realização de uma sessão de formação, que foi ministrada durante uma passagem de turno, pelo facto de no espaço temporal em que decorreu o estágio clínico não ter ocorrido o dia de formação em serviço (Apêndice 19).

Assim, de acordo com os objetivos específicos delineados para este estágio clínico, e os objetivos gerais, e de acordo com os procedimentos e material informativo realizados, é possível concluir que os objetivos traçados anteriormente foram atingidos, tendo sempre em conta a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender, o Modelo de Anne Casey, o Modelo de Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Parceria de Cuidados.

3.2.3. Serviço de Internamento de Pediatria

O último estágio, realizado entre 11 de Novembro de 2019 a 17 de Janeiro de 2020, no total de 8 semanas, realizou-se no Serviço de Pediatria, mais particularmente no Serviço de Internamento de Pediatria, integrante da área materno-infantil de um Hospital Central pertencente à ARS Alentejo, que apresenta como missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o

desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (Hospital do Espírito Santo E.P.E, 2020, s/p).

À semelhança com o descrito no primeiro estágio clínico – Serviço de Neonatologia, que se realizou neste mesmo hospital, considerado como a maior e principal unidade hospitalar do Alentejo, recebe utentes de toda a área alentejana, nomeadamente Alentejo Central (155,000 habitantes), e utentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (319,000 habitantes), num total de 473,235 habitantes (estimativa INE, 2017 citado por Hospital do Espírito Santo E.P.E, 2020).

O Serviço de Internamento de Pediatria presta cuidados a crianças e adolescentes com patologias agudas e/ou crónicas associadas às áreas de especialidade de pediatria médica, cirurgia, ortopedia, dermatologia, oftalmologia, estomatologia, otorrinolaringologia, até aos 18 anos de idade, que se pauta pelos seguintes objetivos: promover o crescimento saudável das crianças e dos jovens do Distrito e da Região; aumentar a quantidade e melhorar a qualidade dos serviços prestados; pugnar e promover ainda mais a humanização do Serviço; apostar na formação do pessoal; pugnar para que o Serviço tenha um papel ativo e interventivo no Hospital e na comunidade onde se insere. Este serviço conta ainda com a presença de uma Unidade de Cirurgia Pediátrica, considerada uma unidade de referência no Alentejo, prestando assistência a crianças e jovens até aos 18 anos pertencentes ao Distrito de Portalegre, Évora e Beja. Para além disso, conta com o Hospital de Dia, que funciona como uma unidade de prestação de cuidados diretos, que visam a diminuição do número de internamentos (Hospital do Espírito Santo E.P.E, 2020).

Este serviço foi à semelhança com os restantes serviços que integram o Serviço de Pediatria, acreditado pela Direção Geral de Saúde em 2015, tendo em conta o Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS). O processo de acreditação, “é um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (*standards*) e para implementar meios de melhorar continuamente” (DGS, 2014, p.6). O seu objetivo prende-se com a promoção do empenho voluntário dos profissionais de saúde com o intuito de melhorar continuamente os cuidados prestados aos utentes (DGS, 2014).

De acordo com o Relatório de Gestão de 2017, ocorreram neste hospital 13,059 intervenções cirúrgicas, e destes 5,9% (777 intervenções cirúrgicas) pertencem a crianças

com faixa etária compreendida entre os 0 e os 18 anos de idade. Relativamente às sessões de Hospital de Dia, de um total de 23,996 sessões, 6,9% (1,658) foram destinadas a crianças (0 aos 18 anos). No que diz respeito ao internamento, em 2017 foram internados 1,062 crianças (entre os 0 e os 18 anos de idade), tendo-se verificado um número de internamento semelhante entre os dois sexos (Masculino = 532; Feminino = 530) (Hospital do Espírito Santo E.P.E, 2018).

Relativamente ao espaço físico, o Serviço de Pediatria encontra-se situado no piso 5 e é composto por 2 gabinetes médicos, 2 gabinetes de enfermagem, 1 sala de espera, 1 sala destinada a atividades lúdicas, 1 sala de tratamentos e 8 quartos com capacidade para 3 camas, à exceção do quarto 8 que é destinado a situações clínicas que necessitam de isolamento e por isso tem apenas capacidade para 1 cama. O primeiro quarto do serviço composto por 3 camas é, sempre que possível, destinado ao Hospital de Dia e Cirurgia de Ambulatório.

Importa salientar que o Serviço se encontra decorado com desenhos animados, tanto no corredor, quartos e sala de tratamentos, o que torna o mesmo mais humanizado, contribuindo para a diminuição dos cuidados atraumáticos. A prestação de cuidados não traumáticos inclui a promoção da díade pais/filhos durante o período de hospitalização, a preparação da criança para a ocorrência de procedimentos, o controlo da dor, a privacidade da criança, a oferta de atividades lúdicas que permite um controlo na expressão do medo e da agressividade (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste sentido, existe uma sala de atividades lúdicas composta por piscina de bolas, brinquedos diversos, livros, computador com acesso à internet, playstation® e televisão, local onde as crianças podem permanecer todos os dias úteis, entre as 09h00m e as 16h30m, sob acompanhamento de uma educadora de infância.

Este serviço é composto por uma equipa multiprofissional, onde se encontram integrados médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogo, assistente social, funcionária administrativa e educadora de infância. Especificamente, a equipa de enfermagem é constituída por 16 elementos, um dos quais a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Responsável que exercem funções de coordenação e gestão do serviço e a restante equipa que se encontra na prestação de cuidados diretos. Dos elementos que compõem esta equipa, 14 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 2 possuem apenas a Licenciatura em Enfermagem, apesar de estarem a terminar o Curso de Mestrado em Enfermagem, particularmente a Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O método de trabalho utilizado neste serviço é o método de trabalho individual, o que significa que cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados integrais ao binómio criança - adolescente/família, que lhe são atribuídos. “A responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados” (Costa, 2004, p.3).

“O Enfermeiro em pediatria é responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e família”, pelo que “deve trabalhar com os membros da família, identificar os seus objetivos e necessidades e planejar as intervenções que melhor respondam aos problemas definidos” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.12).

Os registos de enfermagem e dos restantes profissionais de saúde são efetuados no programa informático *Alert*®, à exceção das sessões de Hospital de Dia e de Cirurgias de Ambulatório que são efetuados no processo clínico da criança, em suporte de papel. Para além disso, os enfermeiros efetuam registos, nomeadamente para validação da medicação administrada, num programa informático próprio, o *CPC_{HS}*®. Exclusivamente nos turnos da manhã, entre as 08h00m e as 16h30m, utilizam outro programa informático, o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem [SCD/E]®, com o intuito de classificar a prestação dos cuidados que conferem às crianças internadas no serviço, particularmente as horas de cuidados para as próximas 24 horas. Deste modo, este programa informático permite “desenvolver sistemas de indicadores sobre recursos humanos para suporte à decisão e ao planeamento”, bem como “recolher, tratar, analisar e divulgar a informação sobre os recursos humanos na saúde” (Ministério da Saúde, 2011, p.7).

A nível prático, neste estágio clínico foi possível experienciar o trabalho que se efetua no serviço, nomeadamente na prestação de cuidados diretos à criança/família, tendo em conta a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender, o Modelo de Anne Casey, o Modelo de Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Parceria de Cuidados, incluindo a realização de registos nos diversos programas informáticos, o que se constitui como uma mais-valia para a aprendizagem e aquisição de competências, nomeadamente no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção da doença e prestação de cuidados a crianças e respetiva família de acordo com a patologia específica, mas também a nível da gestão e formação.

Para o presente estágio, e em consonância com os estágios clínicos anteriores e com as diretrizes da Enfermeira Orientadora, foram definidos objetivos específicos a atingir, de modo

a ir ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto da prestação de cuidados a neonatos, que foram:

- Conhecer a estrutura funcional do Serviço de Internamento de Pediatria;
- Desenvolver conhecimentos e participar na prestação de cuidados a crianças/adolescentes e respetiva família que se encontram internados no Serviço de Internamento de Pediatria;
- Sensibilizar os Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica;
- Criar e implementar materiais informativos que capacitem as crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar para o regime alimentar vegetariano.

Para além das atividades que foram realizadas no âmbito deste estágio clínico, foi ainda realizada uma abordagem à temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica no âmbito do Projeto de Mestrado, no qual se desenvolveu um guia alimentar que inclui informações acerca da diversificação alimentar, tanto num regime alimentar tradicional como num regime alimentar vegetariano (Apêndice 15). A construção deste material informativo assume não só um papel de sensibilização perante os pais, como também para os enfermeiros do serviço. Para além disso, realizou-se um momento de sensibilização direta aos enfermeiros, através da realização de uma sessão de formação, que foi ministrada no dia da formação em serviço (Apêndice 20).

Assim, de acordo com os objetivos específicos delineados para este estágio clínico, e os objetivos gerais, e de acordo com os procedimentos e material informativo realizados, é possível concluir que os objetivos traçados anteriormente foram atingidos.

Ainda no decorrer destas 8 semanas, foi possível realizar um estágio de observação, com duração de 3 dias, nas Consultas Externas de Pediatria, particularmente nas Consultas de Desenvolvimento Infantil. Este serviço, integrante do Serviço de Pediatria de um Hospital pertencente à ARS Alentejo, situa-se no piso 1, com espaço próprio, onde decorrem inúmeras consultas, como de Pediatria Médica, Pediatria Familiar, Neonatologia, apoio Nefrologia, Nutrição/Obesidade, Apoio ao desenvolvimento, Apoio à criança em risco, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Adolescentes, Psiquiatria Infantil e da Adolescência, Pedopsiquiatria, Reabilitação Pediátrica, Alergologia infantil, Apoio Neurologia infantil,

Psicologia infantil, Avaliação de Risco Neonatal, Apoio Endocrinologia Pediátrica, Apoio Hematologia infantil e Urgência Pediátrica (consultas) (Hospital do Espírito Santo E.P.E, 2020). De acordo com o Relatório de Gestão, em 2017 ocorreram 27,103 consultas (- 98 consultas) comparativamente com o ano anterior, em que ocorreram 28,083 consultas entre as faixas etárias dos 0 aos 18 anos de idade (Hospital do Espírito Santo E.P.E, 2018).

As Consultas de Desenvolvimento Infantil são realizadas com o intuito de acompanhar as crianças, com défices no desenvolvimento, que são referenciadas pelos médicos que integram os diversos serviços de Pediatria. Esta consulta é realizada por uma médica com especialidade em Pediatria, em colaboração com uma enfermeira, que realiza uma avaliação primária da criança, inicialmente pela interação constante com a mesma e respetiva família e posteriormente através da avaliação do peso, altura, perímetro cefálico, percentis e avaliação da tensão arterial (em crianças com mais de 3 anos), com posterior registo, tanto no Boletim Individual de Saúde da criança, bem como no processo clínico do *Alert*®.

A consulta centra-se na avaliação integral da criança, utilizando muitas das vezes a entrevista aos pais/cuidadores, através da utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, utilizada entre os 0 e os 18 anos de idade, da Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil [SGS II] e do Teste de avaliação do desenvolvimento adaptado de “*Schedule of Growing Skills II*”, em crianças com idade compreendida dos 0 aos 5 anos de idade.

“Os profissionais de saúde (...) com experiência poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança através de uma observação crítica desde o momento em que esta entra na sala de consulta até que sai e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores” (DGS, 2012, p.52).

A utilização destas escalas permite verificar se a criança se encontra bem desenvolvida ou não para a idade em questão.

“Os testes podem, assim, servir como “padrão de referência da normalidade”, contribuir para focar a atenção nesta área da saúde infantil e, ainda, motivar e encorajar os pais a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento dos seus filhos” (DGS, 2012, p. 53).

A partir desta conclusão, caso necessário, e nos casos de desenvolvimentos muito tardios para a idade, as crianças são encaminhadas para outros profissionais de saúde, mais especializados em áreas de desenvolvimento da criança. “A referenciação deverá ser efetuada atendendo aos sinais de alerta (...)” (DGS, 2012, p.32). Para além disso, existe uma articulação dos profissionais de saúde da consulta com outras entidades, nomeadamente a Intervenção Precoce, que permite recolher dados da criança no seu meio envolvente, como por exemplo na escola, e através destas informações ser possível de realizar uma avaliação mais completa da criança.

“Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel relevante neste processo. Tendo como objetivo a melhor integração social e qualidade de vida, é-lhes possível intervir no controlo do impacto dos fatores de risco, na prevenção primária, no diagnóstico e terapêutica precoces e no acompanhamento adequado da criança com perturbações do desenvolvimento, bem como da sua família” (DGS, 2012, p.54).

CAPÍTULO 4- AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem é uma profissão que tem sido alvo de profundas transformações ao longo dos últimos tempos, particularmente, “ (...) uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional (...) ” (Decreto-Lei n.º 161/96, p. 2). Desta forma, é definida como uma profissão da área da saúde que:

“ (...) tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei n.º 161/96, p. 3).

Assim, “o cuidado tem sido concebido como o fazer e o saber da Enfermagem (...) ” (Waldow & Fensterseifer, 2011, p.630), e as relações estabelecidas em parceria com os:

“ saberes mobilizados pela enfermagem (saber empírico ou ciência de enfermagem, saber do domínio do conhecimentos científico; saber ético; saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem), mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afectivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações) ” (Serrano, Costa & Costa, 2011, p.16).

Segundo Alarcão & Rua (2005, p.375-376), competência é uma palavra oriunda do latim *competens* que significa uma atuação adaptada a uma determinada situação. Desta forma, ser competente implica saber o que fazer em cada situação em concreto. “A competência é, assim, o que resulta de um conjunto de micro-competências que se mobilizam na acção, de uma miríade de atitudes e saberes de vários tipos (substantivos, processuais, contextuais) ”, pelo que “a abordagem por competências não pretende mais do que permitir a cada um aprender a utilizar os seus saberes para actuar”.

Neste sentido, e tendo em conta o Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pretende-se que se adquiram e desenvolvam competências, articulando os conhecimentos adquiridos na teoria com aqueles experienciados na prática relacionada com a prestação de cuidados ao binómio criança/família. Desta forma, seguidamente será apresentada uma análise crítica acerca da aquisição de saberes e competências de acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do EEESIP e posteriormente das competências de Mestre.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

Desta forma, o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competências científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados”, ou seja, requer que “estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...)” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

Por sua vez, “competências comuns” podem ser definidas como um conjunto de:

“competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são constituídas por 4 domínios, sendo eles: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A); b) Melhoria contínua da qualidade (B); c) Gestão dos cuidados (C); d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Posteriormente efetuou-se uma análise crítica e reflexiva, de forma exclusiva, dos 4 domínios acerca da aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A)

A integrar este primeiro domínio, encontram-se 2 competências, nomeadamente:

“a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1); b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2) ” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Isto significa que “o Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento (...) ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Relativamente às competências referidas anteriormente, importa salientar que estas foram sendo desenvolvidas ao longo de todo o percurso formativo, e aprofundadas no Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, particularmente na unidade curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. Posteriormente, no contexto da prática clínica, especificamente durante a realização dos estágios clínicos emergiu sempre o sentimento de responsabilidade quer nos momentos de tomada de decisão, quer na prestação de cuidados direta ao binómio criança/família, tendo em conta o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] que regulamenta a profissão, o Código Deontológico do Enfermeiro que define os direitos e deveres do profissional de enfermagem, e respetivas leis vigentes.

Analisando, detalhadamente alguns artigos do Código Deontológico, é importante salientar a relevância do artigo 101.º, no sentido em que:

“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido; b) Participar na orientação da comunidade em busca de soluções

para os problemas de saúde detetados; c)
Colaborar com outros profissionais em programas
que respondam às necessidades da comunidade”
(Lei n.º 156/2015, 2015, p. 6).

Neste sentido, a escolha desta temática, que motivou a realização deste relatório de estágio, deveu-se à perceção de existir um parco conhecimento por parte dos enfermeiros acerca do regime alimentar vegetariano e por atualmente o número de pessoas a adotar este regime ser cada vez maior, motivo pelo qual foi importante construir materiais informativos e realizar sessões de formação aos profissionais de modo a promover a saúde e a prevenir o aparecimento de patologias inerentes a uma alimentação desequilibrada.

No sentido de maximizar a saúde da população fez-se uso do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que sustentou todo o trabalho desenvolvido e que foi operacionalizado tendo em conta os princípios éticos da autonomia, beneficência e não maleficência. Deste modo, todas as ações realizadas na prestação de cuidados basearam-se no princípio da beneficência (promoção da saúde e prevenção da doença), autonomia (garantir que cada criança/pais realizem escolhas autonomamente, mas com consciência e com as informações devidas), e não maleficência, no sentido em que ninguém é promotor da sua saúde e das suas respetivas crianças, se não agir em conformidade com as ações que conferem uma saúde ótima. Todas estas ações são também fundamentadas tendo em conta o Modelo de Cuidados Centrados na Família e no Modelo de Parceria de Cuidados, uma vez que a família, sendo considerada o melhor parceiro na prestação de cuidados à criança, assume por si só, um papel de promotor da saúde.

Além do artigo 101.º, é importante expor a importância do artigo 110.º, que se refere à humanização dos cuidados, em que:

“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”
(Lei n.º 156/2015, 2015, p. 10).

De modo a promover em todos os estágios clínicos, a humanização dos cuidados prestados, fez-se uso de dois modelos chave, considerados de extrema importância para a prestação de cuidados no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente o Modelo de Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Parceria de

Cuidados, em que ambos colocam a criança no centro da família, motivo pelo qual o Enfermeiro deve prestar cuidados integrais ao binómio criança/família.

A par da realização dos diversos ensinamentos clínicos foram sempre tidas em conta as questões éticas e legais inerentes à sua realização. Os dados obtidos foram integralmente confidenciais, tendo-se preservado o anonimato dos participantes e a sua autorização de participação no estudo através do consentimento informado, livre e esclarecido. Desta forma, de modo a poder aplicar o projeto nos diversos locais de estágio, houve necessidade de pedir autorização às diversas instituições, que deram parecer positivo, bem como à Comissão de Ética do IPP que também emitiu parecer positivo à realização e aplicação do projeto. Isto vai ao encontro do artigo 106.º do Código Deontológico que refere que “o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (...)” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8).

Para além disso, toda a atuação acerca da prestação de cuidados foi também norteada pelos princípios éticos básicos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Isto vai ao encontro do explanado no Código Deontológico acerca dos deveres dos enfermeiros, que defende que o enfermeiro deve “cumprir as obrigações emergentes do presente Estatuto, do código deontológico e demais legislação aplicável”, bem como “exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 3-4).

A população-alvo a quem prestamos cuidados diariamente (bebés/crianças/adolescentes) pelas suas peculiares características são seres inofensivos e vulneráveis, que merecem a nossa especial atenção. Desta forma, o momento de prestação de cuidados foi regido pela Convenção sobre os Direitos da Criança, nomeadamente pelo ‘interesse superior da criança’ e pelo ‘direito à liberdade de expressão’, este último destinado à prestação de cuidados aos adolescentes. Particularmente relacionada com a temática em estudo, é possível afirmar que o artigo 101.º acaba por se relacionar com o trabalho desenvolvido, no sentido em que é dever do enfermeiro conhecer as necessidades da população e intervir sobre elas. Neste sentido, uma vez identificada a necessidade da população alvo, foram realizadas diversas intervenções que visam a promoção da saúde das crianças/pais e a prevenção da doença, motivo pelo qual o Modelo de Promoção da Saúde,

Modelo de Cuidados Centrados na Família e Modelo de Parceria de Cuidados se encontram aqui subjacentes.

O contexto de prestação de cuidados por ser maioritariamente em ambiente hospitalar, é importante salientar que também foi regido pela Carta da Criança Hospitalizada, que define uma série de direitos da criança no momento da hospitalização. Sendo assim, “a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de protecção e cuidados especiais, nomeadamente de protecção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento” (Declaração dos Direitos da Criança, 1959 citado por UNICEF, 2019, p.6), motivo pelo qual o Enfermeiro tem o dever de demonstrar “uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Diário da República, 2.^a série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Ainda no contexto do primeiro domínio, importa salientar que de acordo com a atuação do enfermeiro perante a prestação de cuidados à criança/família, nos diversos contextos práticos, foi possível adquirir, desenvolver e consolidar competências, motivo pelo qual afirmamos que conseguimos atingir esta primeira competência que é comum ao exercício do Enfermeiro Especialista.

b) Melhoria contínua da qualidade (B)

Relativamente ao segundo domínio em que “o Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua aprovação, até ao nível operacional” (Diário da República, 2.^a série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747), encontram-se integradas 3 competências, nomeadamente: “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2); c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3)” (Diário da República, 2.^a série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

O desenvolvimento e efetivação do presente projeto, baseado na metodologia de trabalho de projeto, intitulado de ‘*Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: Capacitar os Enfermeiros para um regime alimentar alternativo*’, constitui-se como um instrumento de onde

emergiram sentimentos de liderança, dinâmica, planeamento, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, com o intuito de melhorar a prestação de cuidados a uma determinada população específica possuidora de uma regime alimentar específico.

Deste modo, em cada estágio clínico existiu a preocupação de conhecer a realidade da equipa de enfermagem acerca da temática em questão, motivo pelo qual se usou o instrumento de diagnóstico – questionário, de modo a direcionar as ações de acordo com as necessidades sentidas. Assim, esta efetivação deveu-se não só pela realização de sessões de sensibilização às equipas de enfermagem, mas também pela realização dos diversos materiais informativos, que foram posteriormente disponibilizados às Enfermeiras Orientadoras, bem como aos respetivos serviços. Todas estas atividades permitiram atingir as duas primeiras competências deste segundo domínio, particularmente “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2)” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745), bem como os seguintes critérios de avaliação: “B2.1.2- Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas”, “B2.2.2- Estabelece prioridades de melhoria” e “B2.2.4- Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Durante o tempo em que percorremos e experienciamos a prática, procurámos ser um elemento dinamizador e respeitador no que toca às diferentes dimensões que compõem o ser humano, nomeadamente no que diz respeito à dimensão física, psicossocial, espiritual e cultural. Para além disso, no campo clínico, propriamente dito, tivemos a oportunidade de poder participar na gestão de risco das diversas instituições que permitem ter consciência de uma prestação de cuidados o mais segura possível, não só para a criança mas também para a respetiva família. Isto vai ao encontro da terceira competência integrante do segundo domínio que revela que “o Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

A realização das atividades anteriormente relatadas permitiu não só desenvolver competências como participar na realização de instrumentos promotores de melhoria de

cuidados. Desta forma, e de forma proactiva é possível afirmar que conseguimos atingir este segundo domínio.

c) Gestão dos cuidados (C)

Este terceiro domínio revela que:

“o Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”, bem como “adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Neste terceiro domínio encontram-se integradas 2 competências, no qual o Enfermeiro “a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1) ” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2) ” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

A nível da prática clínica, o facto de os estágios clínicos terem sido realizados em locais distintos, permitiu-me contactar com realidades de prestação de cuidados também eles distintos e compreender a importância da gestão dos cuidados. Relativamente à temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica, o facto de em cada local ter implementado o meu projeto de estágio, também se constituiu de extrema importância para o desenvolvimento destas competências, no sentido em que se otimizaram os recursos disponíveis tendo em conta as necessidades de cuidados sentidas pelos diversos locais.

De todos os locais por onde realizei o estágio, foi no SUP de um Hospital pertencente à ARS Lisboa e Vale do Tejo que pude adquirir, desenvolver e aprofundar as competências de gestão, uma vez que a Enfermeira Orientadora era a Enfermeira Responsável do serviço, o que permitiu diariamente contactar com a gestão dos cuidados, particularmente na otimização do trabalho de equipa tendo em conta os recursos disponíveis e as necessidades do serviço em questão. Desta forma, foi possível alcançar os seguintes critérios de avaliação que integram este domínio e respetivas competências: “C2.1.3- Coordena a equipa de prestação de cuidados”, “C2.1.4- Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade”,

“C2.1.5- Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” e “C2.2.2- Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática” (Diário da República, 2.^a série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748-4749).

Um serviço de Urgência Pediátrica, pelas suas características peculiares exige um trabalho exaustivo e muito competente do Enfermeiro Responsável, pois para além de gerir o próprio serviço tem o grande objetivo de garantir que a prestação de cuidados à população seja a mais eficiente possível. O “enfermeiro gestor é responsável por garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem devendo estar simultaneamente atento às necessidades dos clientes, à sua satisfação e, simultaneamente, motivar a sua equipa para uma prática de enfermagem com qualidade” (Silva, 2017, p.1).

No entanto, nos restantes locais de estágio, apesar de não ter efetuado diretamente um papel de gestor, propriamente dito, foi possível planejar os cuidados a prestar de acordo com as necessidades da população bem como orientar, supervisionar e avaliar o processo de delegação de tarefas. Este processo ocorre maioritariamente com as Assistentes Operacionais, no que diz respeito às atividades de vida alimentação (preparação de biberões ou entrega das respetivas dietas às crianças) e higiene e conforto (preparação do material, execução da mudança de roupa da cama). Deste modo, foi possível alcançar os critérios que integram a unidade de competência “C1.2- Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade”, nomeadamente “C1.2.1-Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar”, “C1.2.3- Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar” e “C1.2.4- Avalia a execução das tarefas delegadas” (Diário da República, 2.^a série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Desta forma, apesar de desafiador, o facto de ter podido integrar por alguns instantes o papel de gestor, fez com que conseguisse alcançar este domínio e particularmente desenvolver o sentimento de liderança, conceito “ (...) fundamental nas relações de trabalho, dado que os trabalhadores liderados identificam o estilo de liderança como agente catalisador dos conflitos laborais” (Fradique & Mendes, 2013, p.47).

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

O quarto e último domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista revela-nos que o Enfermeiro “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática

de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” bem como “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitar nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

A integrar este domínio encontram-se 2 competências, nomeadamente “a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Tendo em conta, a primeira competência e analisando todo o meu percurso académico, que se iniciou pela componente teórica e que se findou pela componente prática, é possível afirmar que todo este percurso me permitiu adquirir e desenvolver autoconsciência e autoconhecimento, visto que o contacto com realidades distintas que requeriam necessidades também elas distintas, fez com que o meu pensamento se alterasse e se tornasse a cada dia que passou mais ajuizado clinicamente.

De acordo com Veiga-Branco (2005) citado por Lopes (2013, p.28) autoconsciência é:

“a capacidade do indivíduo conseguir uma alta percepção de si, relativamente às emoções que sente (...)”. Por sua vez, autoconhecimento “surge como o atributo que ajuda os enfermeiros a darem resposta à exigente tarefa da relação terapêutica. A partir dele reconhecem a vulnerabilidade pessoal e podem desenvolver aptidões” (Pereira & Botelho, 2014, p.70).

Especificamente isto vai ao encontro dos critérios de avaliação que integram as unidades de competência:

“D1.1- Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” e “D1.2- Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional”, nomeadamente “D1.1.1- Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar”, “D1.1.3- Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais”, “D1.2.2- Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção” e “D1.2.2- Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Relativamente à segunda competência deste domínio, importa salientar que ao longo do percurso académico foram realizadas pesquisas científicas com o intuito de atuar na prática clínica com base na evidência e desenvolver conhecimentos atuais acerca de temáticas pertinentes para a prestação de cuidados. Um dos instrumentos desenvolvidos decorrentes da investigação científica foi uma *Scoping Review* acerca da alimentação vegetariana em idade pediátrica. Isto vai encontro dos seguintes critérios de avaliação: “D2.2.1- Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos”, “D2.2.2- Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação” e “D2.2.6- Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Especificamente nos estágios clínicos, foram realizadas sessões de formação aos enfermeiros acerca da temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica, indo ao encontro dos seguintes critérios de avaliação: “D2.1.1- Atua como formador oportuno em contexto de trabalho”, “D2.1.2- Diagnostica necessidades formativas”, “D2.1.4- Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” e “D2.1.5- Avalia o impacto da formação” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). Desta forma, toda a investigação científica realizada ao longo deste Curso de Mestrado, bem como a realização de diversos materiais informativos sobre a temática da alimentação vegetariana contribuiu para um desenvolvimento de conhecimentos dos enfermeiros dos diversos serviços com vista a uma prestação de cuidados cada vez mais eficiente e especializada.

Ao longo dos estágios clínicos, considerámos preponderante participar em 2 Formações, especificamente Jornadas de Pediatria elaboradas pela CUF – *Academic and Reserach Medical Center*, que se realizaram no dia 27 de Setembro de 2019 em Vila Franca de Xira (Anexo C) e no dia 4 de Outubro de 2019 em Torres Vedras (Anexo D). Relativamente à primeira formação, VII Jornadas de Pediatria – Vila Franca de Xira, foi possível adquirir conhecimentos sobre temas atuais relacionados com a pediatria, nomeadamente cuidados paliativos em pediatria e os problemas atuais da adolescência, particularmente focando o *cyberbullying*. Por sua vez, na segunda formação, Jornadas de Pediatria – Hospital CUF Torres Vedras, foi possível observar uma palestra sobre a temática das dietas alternativas e modas na diversificação alimentar, onde focaram particularmente a dieta vegetariana em idade pediátrica, particularmente os riscos e benefícios da mesma.

Desta forma, uma vez que:

“o setor da saúde é uma área que sofre constantes mudanças e avanços no conhecimento, através da pesquisa, introdução de novas tecnologias etc. (...), é essencial que os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, se atualizem e complementem sua formação académica, tendo como objetivo oferecer assistência de qualidade e uma prática baseada em evidências científicas” (Ortega, Cecagno, Llor, Siqueira, Montesinos & Soler, 2015, p. 405).

De acordo com o explanado anteriormente e visto que todos os momentos, quer na componente teórica quer na componente prática, se constituíram de extrema importância para aquisição e desenvolvimento de competências e de aprendizagens pessoais e profissionais, é possível afirmar que atuámos sempre com o intuito de uma prestação de cuidados o mais eficiente possível, sempre baseada na evidência.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Tendo em conta o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP:

“o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

O EEESIP atua e intervém baseado num modelo centrado na criança e respetiva família, compreendendo um período desde o momento do nascimento da criança até aos 18 anos de idade, salvo casos especiais de doença crónica ou incapacidade/deficiência, que pode ir para além dos 18 anos até aproximadamente aos 25 anos, dependendo da capacidade da pessoa em questão de se enquadrar na vida adulta. Desta forma, são áreas de atuação particular do EEESIP:

“a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações

que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

Posteriormente será realizada uma análise reflexiva acerca da aquisição de competências do EEESIP, que são constituídas por 3 competências, subdivididas em unidades de competência e critérios de avaliação, sendo elas: “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”; “b) Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade” e “c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Relativamente a esta primeira competência, o EEESIP:

“considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar (...) estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

A realização dos estágios clínicos - Estágio I e Estágio Final - permitiu trabalhar e desenvolver esta competência, uma vez que existiu diariamente um contacto direto com o binómio criança/família e posterior prestação de cuidados ao mesmo, o que permitiu desenvolver ações e instrumentos promotores da saúde.

Apesar de em ambos os estágios esta competência ter sido adquirida, a verdade é que consideramos que a realização do Estágio I em contexto de CSP teve um papel fulcral na aquisição da mesma, pelo contacto permanente com as crianças e os respetivos pais durante as Consultas de Saúde Infantil, mas particularmente pela realização de um Estudo de Caso, indo ao encontro da unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193).

O estudo de caso é um método de pesquisa estruturado, que pode ser aplicado em diferentes situações com o intuito de contribuir com conhecimentos de fenómenos individuais

ou de grupo, ou seja, é “uma pesquisa empírica, que investiga fenómenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, utilizado especialmente quando os limites entre o fenómeno e contexto são pouco evidentes”, pelo que apresenta como principal objetivo “ (...) explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenómeno” (Andrade, Ruoff, Piccoli, Schmitt, Ferreira & Xavier, 2017, p.2).

Este estudo de caso foi construído com base no estudo de uma família nuclear, constituída por um casal heterossexual e pelos dois filhos, ambos do sexo masculino, de 9 anos e 4 meses. Para a realização deste estudo de caso utilizou-se como guia o Modelo *Calgary* de Avaliação Familiar [MCAF], que permite “avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema” (Figueiredo & Martins, 2010, p.553), o Genograma e o Ecomapa, instrumentos de fácil utilização e que possibilitam estabelecer linhas estruturais internas e externas das famílias (Wright & Leahey, 2009), bem como a Escala de *Graffar* Adaptada, que caracteriza a família de acordo com as suas condições socioeconómicas.

A apreciação do bebé realizou-se inicialmente pela efetivação de uma entrevista estruturada à mãe, tendo em conta os dados a avaliar padronizados pelo PNSIJ e posteriormente de informações retiradas do respetivo Boletim de Saúde Individual e respetivo exame físico. Relativamente ao desenvolvimento (físico, cognitivo, motor, sensorial e relacional) da criança e de modo a poder avaliá-lo, recorreu-se à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, uma vez que é considerada a escala de referência do PNSIJ. Após a colheita de dados e se ter procedido à avaliação da família em estudo, foi possível identificar diversos problemas onde foi necessário o enfermeiro intervir, no sentido de promover uma alteração do comportamento da família. Desta forma, foram definidos os diagnósticos de enfermagem, tendo em conta a linguagem CIPE versão 2 e as respetivas intervenções, tendo em conta as competências do EEESIP.

A elaboração deste estudo de caso, para além de ter contribuído para a aquisição de competências relacionadas com a apreciação global da criança no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença, permitiu-nos também desenvolver e adquirir alguns critérios de avaliação que integram a primeira competência do EEESIP, nomeadamente:

“E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar”, “E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento

e culturalmente sensíveis”, “E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” e “E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193).

A unidade de competência “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193), foi sendo desenvolvida ao longo dos diversos estágios clínicos.

No contexto de urgência, esta unidade de competência assume um papel fulcral no momento da triagem, uma vez que é neste espaço que ocorre o primeiro contacto entre a criança/família e o profissional de saúde, particularmente o enfermeiro, e é onde, de acordo com a patologia da criança que posteriormente se implementam as respostas mais eficazes para solucionar o problema. Deste modo, o objetivo principal da triagem prende-se com a avaliação integral da criança, onde se efetua uma avaliação de situações que podem comprometer ou não a vida dessa mesma criança, seguindo-se a atribuição da prioridade de acordo com a situação clínica, o encaminhamento para o local de atendimento adequado e a realização de ensinamentos ao binómio criança/família potenciadores de saúde. A efetivação destes passos deverá ser maioritariamente realizada por um EEESIP, motivo pelo qual este estágio clínico se revelou de extrema importância, uma vez que permitiu a perceção real da atuação de um enfermeiro especialista.

No entanto, nos restantes serviços – Serviço de Neonatologia e Serviço de Internamento de Pediatria – esta unidade de competência também foi desenvolvida por existir um leque variado de crianças internadas com patologias distintas que necessitam de uma vigilância constante, de forma a detetar precocemente possíveis alterações que surgem e que são passíveis de intervenção, indo ao encontro do critério de avaliação “E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193).

Deste modo, o contacto com realidades distintas ao longo do percurso académico permitiu adquirir e desenvolver esta competência e respetivas unidades de competência e critérios de avaliação que permitem posteriormente efetivar uma prestação de cuidados com mais qualidade e segurança para o binómio criança/família.

b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

A segunda competência diz-nos que o enfermeiro “mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193).

O facto de o Estágio Final ter sido efetuado em ambiente hospitalar permitiu uma aquisição e desenvolvimento desta competência, uma vez que o EEESIP tem um papel fulcral na prestação de cuidados a crianças com situações de especial complexidade. No entanto considerámos que o estágio clínico realizado no Serviço de Neonatologia e no SUP foram os que permitiram desenvolver integralmente esta competência pelas especificidades dos próprios serviços.

No contexto de Neonatologia tive a oportunidade de prestar cuidados a um recém-nascido pré-termo, de 29 semanas de gestação, com 1 quilograma, que apesar de se encontrar hemodinamicamente estável, devido à sua imaturidade pode a qualquer momento apresentar uma instabilidade hemodinâmica, o que requer uma vigilância constante e uma mobilização de conhecimentos constantes por parte do enfermeiro. A “imaturidade geral pode levar à disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal, e o neonato prematuro também pode sofrer comprometimento ou intercorrências ao longo do seu crescimento” (Ramos & Cuman, 2009, p.298). Por sua vez, no SUP tivemos a oportunidade de prestar cuidados a crianças/jovens com necessidade de cuidados imediatos, maioritariamente dificuldades respiratórias com tiragem e baixas de saturação de oxigénio, hipoglicémias e *status* pós-convulsivos. Deste modo, as atividades anteriormente referidas vão ao encontro da unidade de competência “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193).

Relativamente à unidade de competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193) é possível afirmar que foi sendo desenvolvida ao longo dos diversos estágios clínicos, uma vez que em todos eles há necessidade de realização de procedimentos invasivos e que inerentemente causam dor à criança/jovem. Deste modo, e sendo uma área de atuação e preocupação atual por parte do enfermeiro, foram de acordo com a situação clínica e com o procedimento em causa, utilizadas as medidas farmacológicas ou não

farmacológicas (amamentação, administração de sacarose, distração, entre outras) para minimização da dor.

No que diz respeito à unidade de competência “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193) durante a realização dos estágios clínicos não tivemos a oportunidade de contactar com uma criança/jovem portadora de uma doença rara. No entanto, desenvolvemos a unidade de competência “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193), nomeadamente com o contacto e prestação de cuidados a crianças portadoras de doença crónica. Este contacto e prestação de cuidados ocorreu maioritariamente no Serviço de Internamento de Pediatria e estágio de observação nas Consultas de Desenvolvimento Infantil. No primeiro serviço mencionado o caso de doença crónica prende-se com uma adolescente com Diabetes Mellitus Tipo I, diagnosticada há 2 anos e com incumprimento da terapêutica, que recorreu ao SU por um quadro de hipoglicémia difícil de reverter por administração de insulina rápida e lenta em excesso, tendo sido posteriormente internada no Serviço de Internamento de Pediatria. Apesar de esta adolescente e respetiva família serem já detentores de conhecimentos sobre a diabetes, a verdade é que durante o processo de internamento realizámos ensinamentos acerca da alimentação, contagem de hidratos de carbono e administração de insulina, evidenciando os riscos inerentes a más práticas e os benefícios de um controlo regular da glicémia.

Aquando do momento de observação nas Consultas de Desenvolvimento foi possível verificar que a maioria das crianças que são acompanhadas nesta consulta possuem um atraso no desenvolvimento que se repercute na sua vida diária. Exemplo disso, foi a história de um adolescente com 18 anos de idade que foi à consulta de desenvolvimento e a preocupação da mãe era o facto de o filho ter abandonado a escola e não querer ir trabalhar. Deste modo, e perante esta informação a doutora foi explorando as razões que levavam o adolescente a não procurar uma atividade laboral, tendo ele evidenciado que era por vergonha por apresentar um atraso significativo da linguagem e escrita. Neste momento, a doutora procedeu ao encaminhamento do seu processo clínico de modo a ser acompanhado devidamente pelos profissionais especializados para o efeito. Esta articulação com os restantes profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro evidencia a importância da aquisição desta competência, uma vez que o EEESIP possui um papel em que: “E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem”, “E2.5.5. Demonstra na prática

conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança” e “E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidade e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194).

Desta forma, podemos afirmar que a realização dos estágios clínicos se constituíram como uma oportunidade única de aprendizagem e aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com situações de complexidade, que posteriormente favorecem a prestação de cuidados ao binómio criança/família.

c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

A terceira e última competência que integra as competências específicas do EEESIP diz-nos que o enfermeiro “considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194).

Deste modo, e em consonância com as competências anteriores, esta também foi sendo desenvolvida ao longo dos diversos estágios clínicos, embora consideremos que foi profundamente desenvolvida no âmbito dos CSP e do Serviço de Neonatologia.

Relativamente à unidade de competência “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194), o contexto de CSP foi preponderante para o seu desenvolvimento, pelo constante contacto com as crianças e inerente avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, realizado nas Consultas de Saúde Infantil. Deste modo, ao longo das 6 semanas de estágio clínico, foi possível contactar com inúmeras crianças/adolescentes e adequar perante a faixa etária a avaliação a ser efetuada e as informações antecipatórias a serem dadas às famílias/pessoas de referência. Deste modo, poderemos afirmar que o facto de ter realizado consultas de saúde infantil com ajuda e supervisão da Enfermeira Orientadora, fez com que conseguisse alcançar os critérios de avaliação “E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento”, “E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem” e “E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194).

A avaliação do desenvolvimento, “a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários (CSP) ”, motivo pelo qual:

“os profissionais de saúde motivados e com experiência poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança através de uma observação crítica, desde o momento em que esta entra na sala de consulta, até que sai e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores” (DGS, 2013, p.57).

De um modo geral, e uma vez que o contexto onde exerço funções é focado na criança com patologia, ter efetuado este estágio permitiu-me adquirir conhecimentos e competências acerca da avaliação integral da criança, em contexto de CSP, nomeadamente do seu crescimento e desenvolvimento, o que se constituiu uma mais-valia para a adequação de uma prestação de cuidados que neste caso se centra na promoção da saúde e na prevenção da doença.

No que diz respeito à unidade de competência “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194), esta foi desenvolvida no contexto de estágio no Serviço de Neonatologia, uma vez que procedeu-se sempre que possível, a uma estimulação de contacto entre a díade bebé-pais, de forma a providenciar uma parentalidade positiva.

“O nascimento de um RN prematuro envolve cuidados técnicos especializados, onde a utilização de tecnologia é inevitável e o ambiente de uma UCIN pode ser intimidador” motivo pelo qual “cabe ao enfermeiro, estabelecer o contacto precoce com o RN, desmistificar dúvidas, acolher os pais na UCIN e proporcionar o envolvimento dos mesmos nos cuidados ao seu bebé agindo como promotor da vinculação na tríade” (Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014, p.55-56).

Desta forma os pais são integrados nos cuidados básicos ao bebé, nomeadamente realização do banho, vestir o bebé, alimentação e troca de fraldas. Para além disso, o enfermeiro possui um papel muito importante na desmistificação de dúvidas, medos, incertezas, como acontece diariamente no contexto de neonatologia, particularmente sobre a questão da amamentação. Neste sentido, foram também realizados ensinamentos acerca da importância da amamentação. “O aleitamento materno é uma prática fundamental para a promoção de saúde das crianças, pois fornece do ponto de vista nutricional o que há de melhor em macronutrientes e micronutrientes nos aspetos quantitativos e qualitativos” (Nunes, 2015, p.55).

A unidade de competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194), foi desenvolvida ao longo dos diversos estágios clínicos, primeiramente pelo contacto diário com crianças de faixas etárias e estágios de desenvolvimento diferentes, mas por outro lado, respeitando sempre o país de proveniência/cultura/religião da criança/família. Esta unidade de competência efetivou-se através da utilização de estratégias de comunicação, não tendo havido dificuldades demonstradas, pelo que se pode afirmar que foi adquirida.

Por fim, na unidade de competência “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194), o adolescente é o ponto fulcral. Neste sentido, onde se conseguiu um maior contacto com adolescentes foi no SUP, que para além de recorrerem com outras patologias, a mais comum prende-se com perturbações emocionais e de comportamento. “Estima-se que, atualmente, 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental” (MS, 2001 citado por DGS, 2013, p.35).

Realizando uma análise retrospectiva do percurso académico prático (estágios clínicos), é possível afirmar que todos eles, pelas suas características peculiares contribuíram para o desenvolvimento de competências que integram a competência do EEESIP. Desta forma, esta aquisição de competências influencia a prestação de cuidados pela positiva, mas também permite uma avaliação crítica dessa mesma prestação de cuidados no sentido de atuar sempre, pelo princípio da promoção da saúde e prevenção da doença do binómio criança/família.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

“O grau de mestre é conferido aos que, através da aprovação em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso de mestrado e da aprovação no ato público de defesa da dissertação, do trabalho de projeto ou do relatório de estágio, tenham obtido o número de créditos fixado” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p.3176).

De acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado foram definidos objetivos gerais, que nortearam o nosso percurso académico, do qual destacamos: desenvolver conhecimentos e competências para uma intervenção especializada no domínio da ESIP, tendo em conta o julgamento clínico e a tomada de decisão; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, recorrendo à investigação, à prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados e contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (Universidade de Évora, 2020).

Todos estes objetivos vão ao encontro do Decreto-Lei n.º 63/2016, particularmente do artigo 15º que define as competências necessárias para a obtenção do grau académico de Mestre. Apesar de um modo geral, achamos que atingimos os objetivos gerais definidos e descritos anteriormente, posteriormente iremos analisar as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição deste grau académico.

Primeiramente, importa salientar que todos os conhecimentos adquiridos durante o curso base – Curso de Licenciatura em Enfermagem – foram mobilizados e desenvolvidos durante a realização deste mestrado, particularmente através do aprofundamento de conhecimentos na área de Pediatria pela formulação do projeto destinada à temática da *‘Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa’*. Desta forma, isto vai ao encontro da alínea a) do Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 63/2016, que refere que o grau de mestre é conferido aos que demonstram:

“possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p.3174).

A mobilização constante de conhecimentos e a investigação efetuada durante todo o percurso académico, para além de ter permitido uma execução de um projeto de estágio transversal aos diversos locais onde se realizaram os ensinamentos clínicos – CSP e Cuidados Diferenciados - permitiu que conseguíssemos atingir a competência de Mestre “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p.3174).

O facto de termos utilizado a Metodologia de Trabalho de Projeto na construção deste Projeto, permitiu-nos através da definição da população alvo, perceber quais as necessidades específicas de cada local de estágio, de acordo com a temática em questão. Posteriormente foram planeadas as atividades a executar, e foram executadas todas as atividades planeadas anteriormente de forma a solucionar o problema identificado que se baseava na pouca abordagem dos Enfermeiros acerca da temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica.

Tanto a nível dos estágios clínicos como diariamente, durante a prestação de cuidados ao binómio criança/família foram sempre respeitadas as questões éticas. Particularmente, durante a aplicação do instrumento de diagnóstico – questionário – foi previamente pedida uma autorização aos participantes, bem como posteriormente foram conferidos os princípios que garantem a confidencialidade e anonimato tanto dos participantes como dos dados colhidos. Importa salientar que para além dos pedidos às Comissões de Ética dos diversos locais onde se realizaram os estágios clínicos, foi também pedido parecer à Comissão de Ética do IPP, que conferiu parecer positivo ao Projeto. Assim, procurámos adquirir “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei n.º 63/2016, p.3174). Para além de todas as atividades descritas anteriormente terem permitido adquirir a terceira competência do grau de Mestre, vão também ao encontro das competências comuns do Enfermeiro Especialista, particularmente da “a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A)” (Diário da República, 2.ª série, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Durante o percurso académico, realizámos 2 artigos de carácter científico. O primeiro foi elaborado durante a componente teórica, na unidade curricular de Investigação em

Enfermagem, do qual resultou um artigo de revisão integrativa da literatura centrado na temática '*As Intervenções não-farmacológicas dos Enfermeiros no controlo da dor em recém-nascidos*', que aguarda aprovação para publicação em revista científica. O segundo artigo, uma *Scoping Review*, procura mapear as informações existentes acerca da temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica, que será futuramente proposto para publicação. Desta forma, a realização destes dois artigos, baseados na evidência científica mais recente, contribuiu para a aquisição de competência de mestre, particularmente "d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades" (Decreto-Lei n.º 63/2016, p.3174).

Relativamente à última competência "e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo" (Decreto-Lei n.º 63/2016, p.3174), é possível afirmar que todo o percurso académico, incluindo a aquisição das diversas competências, bem como as investigações científicas realizadas com base na evidência científica mais atual permitiu adquirir esta competência de mestre. Assim, a execução deste Relatório de Estágio vem demonstrar o tempo despendido para a pesquisa e investigação, embora não tenha sido em vão, pelo reconhecimento da importância do tema por parte da equipa docente e dos enfermeiros dos diversos locais de estágio, durante todo o Curso de Mestrado.

Desta forma, a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, particularmente do EEESIP e das competências de Mestre, contribuiu significativamente para uma mudança a nível profissional e pessoal. A partir de hoje, e devido a esta experiência, é possível ter uma visão mais global e especializada para os problemas do binómio criança/família, com responsabilidades acrescidas, que visam contribuir para a mais eficaz prestação de cuidados.

CONCLUSÃO

A promoção de uma alimentação saudável tem sido uma prioridade constante por parte das autoridades de saúde. Neste sentido, quando o regime alimentar é alternativo à dieta mediterrânica, há que compreendê-lo e estudá-lo, de modo a capacitar os indivíduos que o praticam, com o intuito de alcançar o melhor estado de saúde possível.

Atualmente, em Portugal, o número de indivíduos vegetarianos tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos. A faixa etária com maior expressão, centra-se entre os 25 e 35 anos, maioritariamente no sexo feminino, o que nos permite concluir que são mulheres em idade fértil e que naturalmente irão ter filhos, que inevitavelmente e culturalmente seguirão também um regime alimentar vegetariano.

Neste sentido, visto que uma alimentação equilibrada e saudável nos primeiros anos de vida e ao longo do ciclo vital é fundamental para garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis, é imperativo, que neste tipo de regime alimentar, bem como nas suas variantes, ocorra um acompanhamento de saúde pormenorizado, pois como em qualquer outro regime alimentar, a dieta vegetariana pode ser inadequada, originando diversos desequilíbrios nutricionais que podem comprometer o normal crescimento e desenvolvimento.

De todos os tipos de regime alimentar vegetariano, o regime ovolactovegetariano, é o que se associa a um menor risco de carências nutricionais e energéticas. Por outro lado, o regime alimentar vegan, pela sua exclusão total de consumo de produtos de origem animal, é o que acarreta maiores riscos, necessitando de uma supervisão detalhada, pela necessidade de suplementação e vigilância constante. Deste modo, emerge a ideia de que, quanto mais restrita for a dieta e quanto mais jovem for a criança, maior é o risco de carências nutricionais, que acarretam repercussões graves para o restante ciclo vital.

Por outro lado, os diversos estudos consultados evidenciam que, uma dieta vegetariana, quando bem planeada e adequadamente supervisionada, pode suprir todas as necessidades nutricionais e energéticas em qualquer etapa do ciclo de vida, incluindo a infância e adolescência. No entanto, é extremamente importante que ocorra um aconselhamento alimentar constante, através da realização de diversos ensinamentos por parte do enfermeiro (por exemplo: diversificação alimentar no primeiro ano de vida, riscos e benefícios deste tipo de regime alimentar e suas variantes), bem como de características específicas de determinados

nutrientes e alimentos, realizado por um profissional de saúde qualificado em nutrição, que permita garantir um estilo de vida saudável.

Sendo assim, cabe ao Enfermeiro, maioritariamente, promover a saúde, educar e informar os indivíduos e respetivas famílias na procura de um estilo de vida saudável, de acordo com o regime alimentar que pretendem adotar, no sentido de promover um crescimento e desenvolvimento o mais saudável possível.

Perante isto, constatou-se, que devido ao facto de ser uma temática muito recente e atual, os Enfermeiros possuíam poucos conhecimentos, o que motivou, aliados à constatação de uma necessidade de auto-aprofundamento e autoconhecimento, a realização deste projeto de estágio, intitulado de **‘Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa’**, inserido na linha de investigação **‘Necessidades em cuidados de Enfermagem em Populações Específicas’**.

Deste modo, foi possível aplicar a temática estudada no contexto prático, nomeadamente no contexto dos CSP e Cuidados Diferenciados, através da realização dos diversos estágios clínicos integrados no Estágio I e Estágio Final, o que permitiu adquirir e desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre. Com a realização deste Projeto procurámos capacitar os enfermeiros para a promoção de uma alimentação vegetariana saudável em idade pediátrica, e para tal recorremos à sensibilização das equipas de enfermagem dos diversos locais de estágio.

O presente Projeto de Estágio foi formulado tendo em conta a Metodologia de Trabalho de Projeto. Na fase do diagnóstico de situação foi possível verificar que, através da aplicação do instrumento de diagnóstico realizado – questionário, os enfermeiros inquiridos evidenciaram a necessidade de reforçar os conhecimentos acerca da temática, consideraram que os conhecimentos que possuíam não lhes permitia realizar ensinamentos de qualidade às crianças/pais/cuidadores/comunidade educativa, bem como os serviços não possuíam materiais informativos acerca da alimentação vegetariana, que pudessem ser disponibilizados aos pais/crianças/cuidadores/comunidade educativa.

Assim, tendo em conta o objetivo geral e os objetivos específicos traçados inicialmente na fase de planeamento, foram, na fase de execução, implementadas diversas intervenções, desde a pesquisa bibliográfica mais atual acerca da temática, realização de um artigo de

carácter científico, realização do método de *Brainstorming* nos diversos contextos clínicos, realização de sessões de formação para o público-alvo – Enfermeiros – e construção de materiais informativos.

A realização das sessões de formação para os Enfermeiros e a construção de diversos materiais informativos, permitiram não só aumentar os conhecimentos destes profissionais, bem como permitiu sensibilizá-los para a temática no sentido de se sentirem capacitados para realizar ensinamentos acerca da mesma. Desta forma, tendo em conta a avaliação realizada após a formulação das diversas sessões de formação e do *feedback* dado pelos Enfermeiros dos diversos locais de estágio, conclui-se que as intervenções realizadas foram totalmente adequadas para a capacitação destes profissionais de saúde.

Indo ao encontro do explanado ao longo deste Relatório de Estágio, consideramos de extrema importância o desenvolvimento de conhecimentos acerca da temática da alimentação vegetariana em geral, e em particular, da idade pediátrica. No entanto verificaram-se limitações à sua realização, particularmente devido à parca informação dos estudos, havendo necessidade de se continuar a investir numa temática atual, como a presentemente estudada. O facto de existirem estudos realizados com crianças vegetarianas é uma fonte importante de conhecimento, apesar de haver ainda uma necessidade de serem efetuados mais estudos que permitam aferir especificamente os riscos e benefícios deste tipo de regime alimentar. Neste sentido, há também a necessidade e, devido à inexistência de evidências relacionadas com a atuação do enfermeiro e intervenções aplicadas na prática no cuidado a estas crianças e respetivas famílias e comunidades escolares, existirem estudos que as evidenciem.

A realização deste Relatório de Estágio, fase culminativa do percurso académico, constituiu-se como um instrumento de extrema importância, pois permitiu-nos realizar uma avaliação crítica e construtiva de todo o percurso efetuado, que se iniciou com a componente teórica e se findou com a componente prática através da realização dos diversos estágios clínicos e que, complementando-se um ao outro, permitiram a aquisição e desenvolvimento das diversas competências exigidas, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Competências de Mestre.

Embora se finde esta fase, futuramente pretendemos dar continuidade a este projeto, com o objetivo de continuar a capacitar os Enfermeiros, em geral, mas em particular os que

constituem o serviço onde se prestam cuidados ao binómio criança/família diariamente. Esta necessidade foi sentida não só por nós, autoras deste projeto, mas também pelos Enfermeiros que constituem o serviço onde executo funções, que referem necessidade de educação para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica, por existência de escassez de informação.

Para além disso, de forma a contribuir ativamente para a evidência científica existente, pretendemos publicar o artigo *Scoping Review* elaborado no contexto académico.

Desta forma, acreditamos estar munidos de conhecimentos que permitam promover eficazmente uma prestação de cuidados especializados em geral a todos os indivíduos, mas em particular ao binómio criança/família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E NET-GRAFIA

- Administração Regional de Saúde. (2015). *ACES Alentejo Central*. In Portal SNS – Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 1 de Março de 2020, em: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/Servico-de-Pediatria-acreditado.aspx?PageID=467>
- Administração Regional de Saúde. (2017). *ACES Alentejo Central*. In Portal SNS – Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 1 de Março de 2020, em: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/EstruturaOrganica/Paginas/ACES-Alentejo-Central.aspx>
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (s/d). In Portal SNS – Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 4 de Março de 2020, em: <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/1>
- Agnoli, C; Baroni, L; Bertini, I; Ciappellano, S; Fabbri, A; Papa, M; Pellegrini, N; Sbarbati, R; Scarino, M.L; Siani, V & Sieri, S. (2017). Position paper on vegetarian diets from the working group of the Italian Society of Human Nutrition. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2017.10.020>.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto E Contexto Enfermagem*, 14 (3), Jul-Set, 373–382. Acedido a 13 de Fevereiro de 2020, em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300008&script=sci_abstract&tlng=pt
- Amaral, J. (2017). *Vegetarianismo em Idade Pediátrica: Revisão Sistemática de Documentos de Orientação* (Trabalho Final Mestrado Integrado em Medicina). Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina. Lisboa, Portugal. Acedido a 25 de Fevereiro de 2020, em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31713/1/JoanaRFamaral.pdf>
- Andrade, S. R; Ruoff, A. B; Piccoli, T; Schmitt, M. D; Ferreira, A; & Xavier, A. C. A. (2017). O Estudo de Caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto E Contexto Enfermagem*, 26 (4):e5360016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>.

- Arco, A. R; Arco, H. R; Lucindo, I. M. L; & Martins, M. O. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (2.ª Versão)*. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde. Acedido a 28 de Março de 2020, em: https://www.essp.pt/media/filer_public/2a/e9/2ae9fe53-2bc0-41df-83b1bbda19ab3f94/normas_de_elaboracao_de_trabalhos_escritos_v2.pdf

- Associação Vegetariana Portuguesa. (2017). Acedido a 7 de Fevereiro de 2020, em: <https://www.avp.org.pt/>

- Baena, R.C. (2015). Dieta Vegetariana: riscos e benefícios. *Nutrição, Saúde e Atividade Física*. 20 (2):56-64. Acedido a 12 de Fevereiro de 2020, em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n2/a4714.pdf>

- Barranha, S. (2017). *Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: riscos, benefícios e recomendações* (Dissertação/Artigo de revisão bibliográfica – Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal Acedido a 25 de Março de 2020, em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/109780/2/238265.pdf>

- Benner, P. (2001). De iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto. **ISBN:** 972-8535-97-X

- Bernardino, A; Machado, C; Alves, E; Rebouço, H; Pedro, R. & Gaspar, P. (s/d). Os Enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde. Escola Superior de Saúde, Leiria, Portugal. Acedido a 12 de Fevereiro de 2020, em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/113>

- Brighenti, J; Biavatti, V. T. & Souza, T. R. (2015). Metodologias de ensino-aprendizagem: uma abordagem sob a perceção dos alunos. *Revista Gestão Universitária na América Latina – GUAL*. V.8, n.3, p. 281-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.5007/1983-4535.2015v8n3p281>

- Campos, F; Cheavegatti, D; Martins, F & Seixas, L. (2011). Enfermeiros no cuidado da saúde de vegetarianos. *Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Acedido a 20 de Fevereiro de 2020, em: https://www.academia.edu/2104029/ENFERMEIROS_NO_CUIDADO_DA_SA%C3%9ADE_DE_VEGETARIANOS

- Carta de Ottawa. (1986). A Promoção da Saúde. *Direção Geral da Saúde*. Acedido a 20 de Março de 2020, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

- Centro Hospitalar de Setúbal. (2013, 2014). *Relatório de Atividades e Contas 2013*. Acedido a 20 de Fevereiro de 2020, em: http://www.chs.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2018/02/RAC_2013.pdf

- Centro Hospitalar de Setúbal. (2020). *Urgência Pediátrica*. Acedido a 20 de Fevereiro de 2020, em: <http://www.chs.min-saude.pt/urgencia/urgencia-pediatica/>

- Correia, M. M. S. (2011). *Alimentação Infantil: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria* (Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Acedido a 20 de Fevereiro de 2020, em: www.repositorio.ucp.pt

- Costa, J. S. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium*, 30. 243-251. Acedido a 20 de Março de 2020, em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>

- Cullum-Dugan, D. & Pawlak, R. (2015). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.and.2015.02.033>

- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro de (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 205/1996. Série I-A de 1996-09-04. Acedido a 12 de Março de 2020, em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>

- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro de (2008). Regime da Criação, Estruturação e Funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República* n.º 38/2008. Série I de 2008-02-22. Acedido a 12 de Março de 2020, em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro de (2016). Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República* n.º 176/2016. Série I de 2016-09-13. Acedido a 12 de Março de

2020, em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/75319452/details/normal?q=Decreto-Lei+n.%C2%BA%2063%2F2016%2C%20de+13+de+setembro>

- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de Junho de (2017). Regime Jurídico das Unidades de Saúde Familiar. *Diário da República* n.º118/2017. Série I de 2017-06-21. Acedido a 12 de Março de 2020, em: <https://dre.pt/home/-/dre/107541409/details/maximized>

- DGS. (2005). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa. **ISBN:** 972-675-141-1.

- DGS. (2012). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa.

- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma n.º 010/2013 da Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa.

- DGS. (2014). *Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde*. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Lisboa. **ISBN:** 978-972-675-206-6.

- DGS. (2015). *Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção Geral da Saúde. Lisboa. **ISBN:** 978-972-675-228-8.

- DGS. (2016). *Alimentação Vegetariana em Idade Escolar*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção Geral da Saúde. Lisboa. **ISBN:** 978-972-675-240-0.

- DGS. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação para profissionais e educadores*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção Geral da Saúde. Lisboa. **ISBN:** 978-972-675-292-9.

- Diário da República – Regulamento n.º 422/2018 de 12 de Julho de 2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil

e Pediátrica. *Diário da República* n.º 133/2018. Série II de 2018-07-12. Acedido a 12 de Fevereiro de 2020, em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

- Diário da República – Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* n.º 26/2019. Série II de 2019-02-06. Acedido a 12 de Fevereiro de 2020, em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

- Diário da República – Lei n.º 95/2019 de 4 de Setembro de 2019. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República* n.º 169/2019. Série I de 2019-09-04. Acedido a 12 de Fevereiro de 2020, em: <https://dre.pt/home/-/dre/124417108/details/maximized>

- Echer, I. C. (2001). A Revisão da Literatura na construção do trabalho científico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.22, n. 2, p.5-20. Acedido a 25 de Março de 2020, em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4365>

- Fernandes, V. (2018). *Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parentalidade – Famílias com crianças com Cardiopatia Congénita* (Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal. Acedido a 25 de Fevereiro de 2020, em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22375/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Mestrado%20-%20Vilma%20Fernandes.pdf>

- Fernandes, A; Toledo, D; Campos, L. & Vilelas, J. M. S. (2014). A emocionalidade no ato e cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, v.18, n.º 2. Acedido a 30 de Março de 2020, em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf

- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projecto: colectânia descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Acedido a 22 de Fevereiro de 2020, em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

- Figueiredo, M. H. J. S. & Martins, M. M. F. S. (2010). Avaliação Familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência Cuidado Saúde*, 9 (3): 552-559. DOI: [10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559)

- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. **ISBN:** 978-989-8075-18-5

- Fradique, M. J. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, n.º 10. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>

- Freire, R. M. A; Landeiro, M. J. L; Martins, M. M. F. P. S; Martins, T. & Peres, H. H. C. (2016). Um olhar sobre a promoção da saúde e a prevenção de complicações: diferenças de contextos. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 24:e2749. **DOI:** [10.1590/1518-8345.0860.2749](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0860.2749)

- Freitas, M. I. P. & Carmona, E. V. (2011). Estudo de caso como estratégia de ensino do Processo de Enfermagem e do uso de linguagem padronizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (6): 1157-60. Acedido a 25 de Fevereiro de 2020, em: <http://www.scielo.br/pdf/revben/v64n6/v64n6a25.pdf>

- Furtado, M. C. C; Mello, D. F; Pina, J. C; Vicente, J. B; Lima, P. R. & Rezende, V. D. (2018). Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. *Texto E Contexto Enfermagem*, 27 (1):e0930016. **DOI:** [http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000930016](https://doi.org/10.1590/0104-07072018000930016)

- Gil, A. (1999). Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas. Acedido a 8 de Janeiro de 2020, em: <https://pt.scribd.com/doc/130441190/PESQUISA-SOCIAL-Antonio-Carlos-Gil-5%C2%BA-edicao>

- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. **ISBN:** 978-989-748-004-1.

- Hospital do Espírito Santo, E.P.E. (2018). *Relatório de Gestão 2017 – Hospital do Espírito Santo, E.P.E*. Acedido a 20 de Março de 2020, em <http://www.hevora.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2020/01/relatorio-de-gestao-2017.pdf>

- Hospital do Espírito Santo, E.P.E. (2020). *O Hospital*. Acedido a 20 de Março de 2020, em: <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>

-
- Instituto Nacional de Estatística, IP [INE]. (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. ISBN: 978-989-25-0449-0. Acedido a 20 de Março de 2020, em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2
- Kanematsu, L. R. A; Gatti, R. R; Chiconatto, P. & Melhem, A. R. F. (2016). Conceito de Alimentação Saudável: Análise das definições utilizadas por universitários da área da saúde. *Uniciências*, v.20, n.1, p. 34-38. Acedido a 31 de Março de 2020, em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/uniciencias/article/view/4343>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro de (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 181/2015. Série I de 2015-09-16. Acedido a 26 de Março de 2020, em: https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVlwl6Va
- Lei n.º 95/2019 de 4 de Setembro de (2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República* n.º 169/2019. Série I de 2019-09-04. Acedido a 26 de Março de 2020, em: <https://dre.pt/home/-/dre/124417108/details/maximized>
- Lopes, N. M. Q. (2012). *Parceria nos Cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Acedido a 12 de Fevereiro de 2020, em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>
- Lopes, T. S. (2013). *Competência Emocional nos Enfermeiros na Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados* (Grau de Mestre em Cuidados Continuados). Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal. Acedido a 12 de Fevereiro de 2020, em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9592>
- Mendes, K. D. S; Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008). Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto E Enfermagem*, 17 (4): 758-64. Acedido a 10 de Janeiro de 2020, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018

-
- Ministério da Saúde. (2011). *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) – Relatório de 2010*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Acedido a 24 de Março de 2020, em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RE-LAT%C3%93RIO%20ANUAL%20SCDE%202010.pdf>

 - Moital, D. M. E. F. (2012). *Ambiente Escolar e Inclusão – Perspetivas dos Professores* (Dissertação Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização: Teoria e Desenvolvimento Curricular). Universidade de Lisboa, Instituto de Educação, Lisboa, Portugal. Acedido a 26 de Fevereiro de 2020, em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/8232>

 - Munn, Z; Peters, M.D.J; Stern, C; Tufanaru, C; McArthur, A; & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*. 18:143. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

 - Nóbrega, M. M; Neto, D. L. & Santos, S. R. (1997). Uso da Técnica de *Brainstorming* para tomada de decisões na equipe de enfermagem de saúde pública. *Revista Brasileira Enfermagem*, v. 50, n.2, p. 247-256. Acedido a 16 de Fevereiro de 2020, em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v50n2/v50n2a09.pdf>

 - Nunes, L. M. (2015). Importância do aleitamento materno na atualidade. *Boletim Científico de Pediatria*, 04 (3): 55-8. Acedido a 20 de Fevereiro de 2020, em: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160529234034bcped_v4_n3_a2.pdf

 - Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Regulamento n.º 422/2018. *Diário da República*, n.º 133/2018. Série II de 2018-07-12. Acedido a 15 de Janeiro de 2020, em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

 - Ortega, M. C. B; Cecagno, D; Llor, A. M. S; Siqueira, H. C. H; Montesinos, M. J. L. & Soler, L. M. (2015). Formação académica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 23 (3): 404-10. DOI: [10.1590/0104-1169.0432.2569](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569)

- Papalia, D.E. & Feldman, R.D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. 12ª Edição. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda. **ISBN:** 0078035147

- Pereira, P. & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, v. 18, n.º 2. Acedido a 18 de Março de 2020, em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_61_73.pdf

- Pimentel, D; Tomada, I; & Rêgo, C. (2018). Alimentação Vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 10-17. Associação Portuguesa de Nutrição. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1403>

- PORDATA. (2019). *Base de Dados dos Municípios*. Acedido a 20 de Fevereiro de 2020, em: <https://www.pordata.pt/Municipios>

- Ramos, H. A. C. & Cuman, R. K. N. (2009). Fatores de Risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 13 (2): 297-304. Acedido a 20 de Março de 2020, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452009000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *NASCER E CRESCER, Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, vol XX, n.º1. Acedido a 26 de Março de 2020, em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0872-07542011000100006&lng=pt&nrm=iso

- Santos, I. J. M. A. (2014). *O Método Expositivo e o Método Construtivista: Concorrentes ou aliados?* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Letras, Porto, Portugal. Acedido a 25 de Fevereiro de 2020, em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/76175>

- Serrano, M. T. P; Costa, A. S. M. C. & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, n.º 3. Acedido a 26 de Março de 2020, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIln3/serIIIln3a02.pdf>

- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2017). *Boletins de vacina digitais até ao final de 2017*. Ministério da Saúde. Acedido a 24 de Março de 2020, em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/04/04/eboletim-de-vacinas/>

- Silva, E. M. H. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença* (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem). Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém, Portugal. Acedido a 25 de Fevereiro de 2020, em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1346/1/A%20Inter-ven%20a7%20a3o%20do%20Enfermeiro%20na%20promo%20a7%20a3o%20da%20Parentalidade%20-%20Relat%20rio%20de%20Est%20a1gio%20Elsa%20Silva.pdf>

- Silva, M. T. M. C. (2017). *Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável – Melhoria da Qualidade* (Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Acedido a 16 de Março de 2020, em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>

- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2020). *Dia Mundial da Prematuridade*. Acedido a 24 de Março de 2020, em: <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>

- Tojal, A. M. A. F. (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre a formação em serviço* (Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal. Acedido a 20 de Janeiro de 2020, em: repositorio.esenfc.pt

- UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Acedido a 16 de Janeiro de 2020, em: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

- Universidade de Évora. (2020). *Mestrados – Enfermagem*. Acedido a 20 de Março de 2020, em: <https://www.uevora.pt/estudar/cursos/mestrados?curso=2552>

- Victor, J. F; Lopes, M. V. O. & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulina Enfermagem*, 18 (3): 235-40. Acedido a 12 de Fevereiro de 2020, em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v18n3/a02v18n3.pdf>

- Waldow, V. R. & Fensterseifer, L. M. (2011). Saberes da Enfermagem – a solidariedade como uma categoria essencial do cuidado. *Escola Anna Nery (impr.)*, 15 (3): 629-632. Acedido a 26 de Março de 2020, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300027

- Weder, S; Hoffmann, M; Becker, K; Alexy, U. & Keller, M. (2019) Energy, Macronutrient Intake, and Anthropometrics of Vegetarian, Vegan, and Omnivorous Children (1-3 Years) in Germany (VeChi Diet Study). *Nutrients*, 11, 832. DOI: [10.3390/nu11040832](https://doi.org/10.3390/nu11040832)

- Wright, L. M. & Leahey, M. (2002); *Enfermeiras e Famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família*. 3ª Edição, Editora Roca Lda, ISBN:85-7241-346-4

- 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. (1997). Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI. *Direção Geral da Saúde*. Acedido a 20 de Março de 2020, em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/declaracao-de-jakarta.aspx>


ANEXOS

ANEXO A

Parecer das instituições onde se realizaram os estágios clínicos – Estágio I e Estágio Final

Estágio I – CSP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

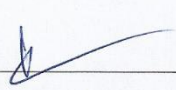


Consentimento

Eu, Ana Patrícia Vicente Valeriano, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar atualmente na Unidade de Saúde Familiar de [REDACTED] por um período de seis semanas, compreendido entre o dia 20 de Maio e 28 de Junho de 2019, venho por este meio pedir consentimento a V^a. Ex^a para aplicar um questionário destinado à equipa de enfermagem, com intuito de dar continuidade ao projeto integrado na linha de investigação ‘Segurança e Qualidade de Vida’ subordinado à temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica, que tem como objetivo geral: Contribuir para a promoção de uma alimentação equilibrada e saudável.

Eu, [REDACTED]

(Coordenador da USF), autorizo/~~não autorizo~~ a aplicação do questionário.

Assinatura: 

Data: 12 / 6 / 2019

1

Estágio Final – Cuidados Diferenciados

Título do Projeto: Alimentação vegetariana em idade pediátrica: Capacitar os enfermeiros para uma alimentação alternativa

Identificação do Proponente

Nome: Ana Patricia Valeriano

Instituição:

Investigador Responsável/Orientador: Prof Doutora Ana Lucia Ramos e Margarida Malcata

Enquadramento Académico: Mestrado

Tipo de Estudo:

- Outro ☒_

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão ☐ Sim ☐

- São apresentados os instrumentos de recolha de dados ☐ Sim ☐

- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos ☐ Sim ☐

- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes ☐ Sim ☐

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:



Favorável ☒_

Condicional ☐

Data: 21/11/19

O Presidente da Comissão de Ética

Estágio Final – Cuidados Diferenciados



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

DELIBERAÇÃO:
Autoriza - se
11/11/2019

NOTA DE SERVIÇO
PARA: Exmo. [Redacted]
DE: Sr. P. [Redacted]
07-11-2019
ASSUNTO: Autorização à realização do Estudo/questionário: "Alimentação vegetariana em idade pediátrica: Capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa", a realizar no Serviço de Urgência pediátrica do [Redacted].

Trata-se de um estudo, conferidor de grau académico - Mestrado, cuja Investigadora Principal é a Exma. Sra. Enf.ª Ana Patricia Vicente Valeriano, a realizar no serviço de Urgência Pediátrica do [Redacted] E. (ver anexo e processo devidamente instruído).

O estudo/questionário, no entendimento da Comissão de Ética, a passagem de questionários anónimos a não doentes, não requer análise da CES.

Contudo, teve o parecer favorável do Exmo. Sr. Enf. [Redacted]

A realização deste estudo/questionário tem como objectivo sensibilizar e capacitar as equipas de enfermagem para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica e otimizar estratégias junto dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, de forma a capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa na adopção de medidas que promovam uma alimentação vegetariana saudável em idade pediátrica.

À consideração superior,

[Redacted]

ACTA Nº *46 / 19*

DESPACHO
tenho conhecimento.
À Exma. Sra.
12-11-2019
Conceda.
13/11/2019
tenho conhecimento
ao ssc do Cid para
informação do
benefício do CS.
15-11-2019

1

ANEXO B

Parecer da comissão de ética do Instituto Politécnico de Portalegre



Instituto
Politécnico
Portalegre

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº Pedido _____ / Data 27/09/2019

Ref. SC/2019/3423

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 27 de setembro, deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Estudo de investigação "Alimentação vegetariana em idade pediátrica: Capacitar os enfermeiros para uma alimentação alternativa" no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica", da responsabilidade da investigadora Ana Patrícia Vicente Valeriano, sob a orientação de Margarida Malcata e Ana Lúcia Ramos.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Ana Paula Enes de Oliveira

27-09-2019

IPP/COM-ET/2 Rev.2



ANEXO C

Certificado de participação nas VII Jornadas de Pediatria – Vila Franca de Xira



Participação em Formação Contínua

Certificado

Certifica-se que Ana Valeriano, titular do Cartão de Cidadão com o nº de Identificação 14199581, frequentou o seguinte curso de formação contínua:

VII Jornadas de Pediatria Vila Franca de Xira

que decorreu de 27 de Setembro de 2019 a 28 de Setembro de 2019, no seguinte local: Centro Cultural do Morgado - Arruda dos Vinhos

Camaxide, 27 de Setembro de 2019


academiacuf
Academia and Research Medical Center
Av. do Forte, nº3 - Edifício Suécia III, Piso 2 - Camaxide
1990-010 Camaxide

Cláudia Silveira

Código de Certificado: C-5d5a7931b8cfe

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Camaxide

academiacuf.up.pt/venta

Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico

Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 52/2003 — European Union Directive 1999/93/CE





Conteúdo Programático

27 de Setembro de 2019

08:30 — 17:15

Dia 1 - 27 Setembro

ANEXO D

Certificado de participação nas Jornadas de Pediatria – Hospital Cuf Torres Vedras



Participação em Eventos Científicos

Certificado

Certifica-se que Ana Valeriano, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação 14199581, frequentou o seguinte evento científico:

Jornadas de Pediatria Hospital CUF Torres Vedras

que decorreu a 4 de Outubro de 2019, com a duração de 8 horas, no seguinte local: Centro Pastoral de Torres Vedras

Camaxide, 4 de Outubro de 2019


academiacuf
Academia and Research Medical Center
Av. do Forte, nº3 - Edifício Suécia III, Piso 2 - Camaxide
2750-910 Cascaes

Cláudia Silveira

Código de Certificado: C-5d5a5292c4de4

Av. do Forte, nº3 - Edifício Suécia III, Piso 2 - Camaxide



academiacuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Eletrónico

Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE





Conteúdo Programático

PREVENIR E TRATAR

Nutrição - Novas tendências, velhas questões

Alimentação no 1o ano de vida: Atualizações

Dietas alternativas e modas na diversificação alimentar

Suplementos alimentares – O estado da arte

Alergia alimentar

Evicção de lactose e glúten – Convicção ou evidência?

Refluxo gastroesofágico: do fisiológico à doença

Simpósio MSD Vacinas em dia

Simpósio Germano de Sousa Uptake de novos testes laboratoriais

A criança que está sempre doente

Infecções recorrentes

ABC das imunodeficiências

Indicações para evicção escolar – Os “papéis” para a escola

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Instrumento de Diagnóstico - Questionário

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
S
Escola Superior Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Questionário de Diagnóstico de Situação

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica propusemo-nos à realização de um projeto integrado na linha de investigação ‘Necessidades em cuidados de Enfermagem em populações específicas’, subordinado à temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica, que tem como objetivo geral: Contribuir para a promoção de uma alimentação vegetariana equilibrada e saudável em idade pediátrica.

O número de pessoas a adotar ou com interesse em adotar um regime alimentar vegetariano tem vindo a aumentar, pelas mais diversificadas razões que vão desde a saúde à proteção ambiental. As dietas vegetarianas, quando planeadas apropriadamente, são consideradas saudáveis e nutricionalmente adequadas em todas as etapas do ciclo de vida, podendo até vir a ser úteis na prevenção e tratamento de determinadas doenças. No entanto, como em qualquer regime alimentar, as dietas vegetarianas podem ser inadequadas, originando diversos desequilíbrios nutricionais que podem comprometer o normal crescimento e desenvolvimento. Assim, a adoção e manutenção de uma dieta vegetariana, em especial, uma dieta vegana, exige um mínimo de conhecimentos específicos, alimentares e nutricionais, que apesar de serem simples, não são intuitivos (DGS, 2015).

Deste modo, é importante que os indivíduos interessados em iniciar ou melhorar a sua alimentação, e que possuam interesse em adotar uma dieta vegetariana a longo prazo, consultem os seus profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, pois estes devem estar informados com o intuito de capacitar os indivíduos sabendo informar acerca dos benefícios e riscos associados a este tipo de alimentação, mas também aconselhar e acompanhar na prática a sua execução e ajudar a ultrapassar as barreiras naturais que possam surgir inicialmente (DGS, 2015).

Neste sentido e com o intuito de proceder à efetivação do projeto supramencionado convidamo-lo a participar neste projeto através da colaboração no preenchimento do presente questionário que vai permitir compreender o real entendimento e envolvimento dos Enfermeiros na temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica, assim como averiguar quais os recursos existentes e utilizados no serviço para capacitação dos pais/cuidadores/comunidade educativa que lhes permita adotar um estilo de vida saudável, se assim for seu desejo.

Os dados recolhidos poderão ser divulgados de modo agregado, salvaguardando-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados. Os dados recolhidos serão guardados no computador da investigadora principal protegidos com chave de acesso, bem como os questionários serão guardados à chave e esses dados serão destruídos um mês após a defesa pública do relatório de Mestrado.

Os custos inerentes deste projeto serão suportados pela investigadora principal.

Agradecemos desde já a colaboração e consequente participação no projeto e disponibilizamo-nos para quaisquer esclarecimentos adicionais que possam ser necessários.

Ana Valeriano, Enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Contacto: 968389758)

Prof^a Margarida Malcata, Orientadora (Contacto: 919214505)

Parte 1. Caracterização da Equipa de Enfermagem

Complete os espaços em branco e assinale com “X” a resposta que se adequa à sua situação:

1. Idade: _____

2. Habilitações Literárias

Bacharelato em Enfermagem

☐

Licenciatura em Enfermagem

☐

Pós-Graduação Qual: _____

☐

Pós-Licenciatura: Especialização em Enfermagem

☐

Qual: _____

Mestrado

☐

Qual: _____

Doutoramento

☐

Qual: _____

3. Tempo de Experiência profissional _____

4. Tempo de Experiência profissional no presente serviço

0 – 5 anos ☐

+ 5 anos ☐

Parte 2. Perceção dos Enfermeiros relativamente à alimentação vegetariana

Assinale com um X a resposta que lhe pareça mais conveniente, de acordo com o seu nível de concordância, ou não, com o tópico.

	Concordo Plenamente	Concordo	Nem concordo, Nem discordo	Discordo	Discordo Plenamente
1. O conceito de dieta vegetariana associa-se geralmente a um padrão de consumo alimentar que faz uso predominantemente de produtos de origem vegetal.					
2. A dieta vegetariana inclui carne e pescado, e seus derivados.					
3. A dieta vegetariana pode incluir produtos como ovos e laticínios					
4. A alimentação vegetariana pode ser classificada como: ovolactovegetariana, lactovegetariana, ovovegetariana e vegetariana estrita ou vegana.					
5. A adoção de um determinado padrão alimentar vegetariano não se encontra relacionado com fatores como a saúde, bem-estar dos animais, ambiente, religião, motivos espirituais ou éticos.					
6. A alimentação das crianças que seguem um padrão alimentar vegetariano pode, inclusive, ser melhor fornecedora de vitaminas e minerais do que padrões não vegetarianos.					
7. Uma dieta vegetariana, apesar de bem planeada pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normais das crianças.					
8. Dietas restritivas podem comprometer o normal desenvolvimento estaturo-ponderal e cognitivo devido à carência de determinados nutrientes.					
9. As dietas vegetarianas também apresentam benefícios como: redução da obesidade, diminuição de alguns tipos de cancro e diminuição de doenças cardiovasculares.					
10. Os ensinamentos de enfermagem são fundamentais para capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa para uma alimentação saudável.					
11. Os Enfermeiros deverão ser capazes de aconselhar as famílias que pretendem adotar uma alimentação vegetariana.					
12. Deverão atuar ao nível do planeamento, implementação e acompanhamento, ajudando a identificar fontes alimentares de diversos nutrientes, minimizando riscos de carências nutricionais.					
13. Uma alimentação vegetariana, mal planeada, pode ser tão nociva como uma dieta não vegetariana desequilibrada.					

Assinale com X a resposta que lhe pareça mais conveniente, de acordo com o seu nível de atuação aquando da prestação de cuidados à criança e aos pais/cuidadores.

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza ensinamentos sobre alimentação.					
2. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza cuidados antecipatórios relativos à importância de uma alimentação saudável, de acordo com a faixa etária da criança.					
3. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com os pais/cuidadores, realiza ensinamentos relativos à alimentação através do fornecimento de materiais informativos.					

	Sim	Não
4. Na sua prática diária alguma vez lidou com alguma criança/pais que quisessem adotar ou que já tivessem adotado um regime alimentar vegetariano?		
5. Na sua prática diária, alguma vez realizou ensinamentos sobre alimentação vegetariana?		
6. Considera que os conhecimentos que possui sobre a alimentação vegetariana em idade pediátrica são suficientes para realizar ensinamentos de qualidade às crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar?		
7. Considera pertinente esta temática?		
8. Considera que, atualmente, com o aumento do número de pessoas a adotar um regime alimentar vegetariano, é fundamental o Enfermeiro munir-se de conhecimentos específicos sobre a temática?		

5. No serviço onde presta cuidados existem documentos informativos para fornecer aos pais/cuidadores relativos à alimentação vegetariana em idade pediátrica?

Não ☐ Sim ☐

5.1. Se sim, quais?

Folheto ☐

Poster ☐

Guia ☐

Outros ☐

Quais? _____

5.2. Se não existem documentos informativos no seu serviço, o que gostaria que fosse elaborado de acordo com esta temática?

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE 2

Resumo de Projeto de Estágio



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	
	Ano Letivo: 2019/2020

1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, as investigadoras Ana Patrícia Vicente Valeriano, Orientadora Professora Margarida Malcata e Coorientadora Professora Ana Ramos, pretendem realizar um projeto, baseado na metodologia de trabalho de projeto, e integrado na linha de investigação 'Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas' subordinado à temática da 'Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: Capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa'.

O número de pessoas a adotar ou com interesse em adotar um regime alimentar vegetariano tem vindo a aumentar, pelas mais diversificadas razões que vão desde a saúde à proteção ambiental. As dietas vegetarianas, quando planeadas apropriadamente, são consideradas saudáveis e nutricionalmente adequadas em todas as etapas do ciclo de vida, podendo até vir a ser úteis na prevenção e tratamentos de determinadas patologias. No entanto, como em qualquer regime alimentar, as dietas vegetarianas podem ser inadequadas, originando diversos desequilíbrios nutricionais, que podem comprometer o normal crescimento e desenvolvimento. Assim, a adoção e manutenção de uma dieta vegetariana, em especial, uma dieta vegana, exige um mínimo de conhecimentos específicos, alimentares e nutricionais, que apesar de simples, não são intuitivos (DGS, 2015).

O vegetarianismo ou regime ovolactovegetariano (subclassificação da alimentação vegetariana que exclui carne e pescado, mas que permite ovos e laticínios), tais como os restantes regimes alimentares têm sido foco de grande interesse nos últimos anos (Amaral, 2017), pois a evidência científica a favor do aumento, na nossa alimentação, da presença de produtos de origem vegetal, tem-se acumulado. Assim, a evidência aponta não só para a importância do consumo regular de produtos de origem vegetal, como para o facto de uma alimentação exclusivamente baseada neste produtos ser igualmente ou até mais protetora da saúde humana. Isto porque, hoje em dia temos conhecimento que uma alimentação exclusivamente vegetariana, quando bem planeada, pode preencher todas as necessidades nutricionais de um ser humano, podendo ser adaptada a todas as fases do ciclo de vida, incluindo a gravidez, período de amamentação, infância, adolescência e em idosos ou até mesmo atletas (DGS, 2015).

Deste modo, é importante os indivíduos interessados em iniciar ou melhorar a sua alimentação, e que possuam interesse em adotar uma alimentação vegetariana a longo prazo, consultem os seus profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, pois estes devem estar munidos de informação com o intuito de capacitar os indivíduos, sabendo informar acerca dos benefícios e riscos associados a este tipo de alimentação, mas também aconselhar e acompanhar na prática a sua execução e ajudar a ultrapassar as barreiras naturais que possam surgir inicialmente (DGS, 2015).

Isto, vai ao encontro da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, "Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde" e "Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (Diário da República, 2ª série – Regulamento n.º 422/2018:19192;19193;19194), uma vez que "a promoção da saúde em geral e a educação para a saúde em particular, devem ser encaradas como tarefas de cidadania organizadas, em que se verifique a participação ativa dos cidadãos (...), em que todo o enfermeiro deve ser, por inerência das suas funções, um educador para a saúde" (Bernardino, Machado, Alves, Rebouço, Pedro & Gaspar, s/d:1).

Para que esta capacitação seja mais eficaz é importante que exista um conhecimento da realidade da temática por parte dos profissionais de saúde. Assim, com o presente projeto pretendemos inicialmente conhecer quais os saberes que os enfermeiros possuem sobre este tipo de regime alimentar, para posteriormente sensibilizar os profissionais de saúde para o momento de

capacitação dos pais/cuidadores/comunidade educativa, de forma a contribuir para uma alimentação equilibrada e saudável. Desta forma, este projeto segue a metodologia de trabalho de projeto, definida como um "conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real", ou seja, "é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas" (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010:3) que integra 5 fases distintas: elaboração do **diagnóstico** de situação; **planificação** das atividades planeadas; **execução** das atividades planeadas; **avaliação**; e **divulgação** dos resultados obtidos (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Relativamente ao diagnóstico de situação este será realizado através da realização de entrevistas a enfermeiros orientadores e responsáveis e pela aplicação de questionários aos enfermeiros que integrem as equipas dos diversos locais de estágio. Esta estratégia permitirá aferir quais os conhecimentos e práticas que os enfermeiros possuem sobre a alimentação vegetariana em idade pediátrica. Desta forma, foram solicitadas autorizações institucionais e às respetivas comissões de ética das instituições onde se irão realizar os estágios. Foi ainda pedido parecer ao Instituto Politécnico de Portalegre, que foi atribuído como positivo.

Após serem analisados os resultados decorrentes do diagnóstico de situação, procede-se à planificação e execução das atividades de acordo com as necessidades aferidas, sendo criadas estratégias de atuação no sentido de capacitar os enfermeiros para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica, com o intuito de existir uma capacitação posterior dos pais/cuidadores/comunidade escolar.

A divulgação dos resultados obtidos será realizada através da partilha de informações com as equipas dos diversos locais de estágio e pela divulgação no Relatório de Estágio, bem como em eventos científicos destinados à temática em questão.

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

Definição Geral do Problema: "O crescente interesse dos cidadãos pelas dietas vegetarianas, em que os profissionais de saúde deverão estar preparados para dar uma resposta de qualidade e serem capazes de aconselhar as famílias na adoção de um padrão alimentar vegetariano saudável" (DGS, 2015), isto porque se acredita existir uma parca abordagem do fenómeno por parte dos enfermeiros.

Objetivo Geral: Contribuir para a promoção de uma alimentação equilibrada e saudável em idade pediátrica.

Objetivos Específicos:

- 1- Desenvolver saberes, capacidades e competências relacionadas com a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica;
- 2- Sensibilizar e capacitar as equipas de enfermagem para a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica;
- 3- Otimizar estratégias junto dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, de forma a capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa na adoção de medidas que promovam uma alimentação vegetariana saudável em idade pediátrica.

Tipo de Estudo: Estudo do tipo transversal, quantitativo com aplicação de questionário construído pela investigadora principal, especificamente para mensurar o grau de conhecimento dos enfermeiros acerca da temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica.

Método de Colheita de Dados: Realização de entrevistas a enfermeiros orientadores e responsáveis; aplicação de questionários aos profissionais pertencentes à equipa de enfermagem dos diversos locais de estágio, inframencionados.

População/Amostra: Profissionais pertencentes à equipa de enfermagem da ARS Alentejo (Estágio I – USF; Estágio Final – Serviço de Neonatologia e Serviço de Internamento da Pediatria) e ARS Lisboa e Vale do Tejo (Estágio Final – Serviço de Urgência Pediátrica).

Resultados Esperados: Evidência de existir uma parca abordagem do tema da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica por parte dos enfermeiros. Esta situação será aferida pelos questionários aplicados em cada local de estágio. Deste modo, irão ser realizadas sessões de formação para os enfermeiros e folhetos informativos, de modo a aumentar os conhecimentos e capacitar os mesmos para a temática. Assim, é possível que os enfermeiros já mais capacitados para a temática, posteriormente habilitem os pais/cuidadores/comunidade escolar, pelo que serão também construídos folhetos informativos.

Desta forma, de um modo geral, com este projeto pretende-se contribuir para a promoção de uma alimentação equilibrada e saudável em idade pediátrica.

Processo de Avaliação: O processo de avaliação deste projeto será realizado por meio de diversos instrumentos, nomeadamente ao nível do diagnóstico de situação pelo número de questionários aplicados à equipa de enfermagem dos diversos locais de estágio.

Relativamente à fase da execução, após a realização de cada sessão de formação será distribuído um documento de avaliação da mesma, que irá mensurar qual a importância que os enfermeiros de cada serviço dão à temática apresentada.

Irá ainda elaborar-se, um artigo, nomeadamente uma *Scoping Review*, que dê ênfase aos benefícios/risco da alimentação vegetariana em idade pediátrica, que para além de ser objeto de divulgação, será também um suporte científico para os profissionais de saúde, uma vez que agregará todas os conhecimentos mais recentes sobre a temática em questão.

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ano		2019									2020	
Mês	Etapas	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Abril	Data a definir posteriormente
Diagnóstico da Situação	- Aplicação de questionários											
Planeamento												
Execução	- Realização de sessão de formação											
	- Realização de folhetos/cartazes											
Avaliação das atividades desenvolvidas												
Elaboração da Scoping Review											Entrega: 17 de Janeiro de 2020	
Elaboração do Relatório Final											Entrega: 30 de Abril de 2020	
Pesquisa Bibliográfica												
Divulgação dos Resultados - Apresentação do Projeto												

Estágio I: ACES Alentejo Central – Unidade de Saúde Familiar
Pausa Letiva
Estágio Final: ACES Alentejo Central – Hospital – Serviço de Neonatologia
Estágio Final: ACES Lisboa e Vale do Tejo – Hospital – Serviço de Urgência Pediátrica
Estágio Final: ACES Alentejo Central – Hospital – Serviço de Internamento da Pediatria

4. BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)


- Amaral, J. (2017). *Vegetarianismo em Idade Pediátrica: Revisão Sistemática de Documentos de Orientação*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Trabalho Final Mestrado Integrado em Medicina. Acedido a 25 de Abril de 2019. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31713/1/JoanaRFamaral.pdf>
- Bernardino, A; Machado, C; Alves, E; Rebouço, H; Pedro, R; & Gaspar, P. (s/d). *Os Enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: Validação da escala de práticas e comportamentos de educação para a saúde*. Acedido a 20 de Abril de 2019. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/113/1/OS%20ENFERMEIROS%20ENQUANTO%20AGENTES%20DE%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20PARA%20A%20SA%C3%9ADE%20Valida%C3%A7%C3%A3o%20da%20Escala%20de%20Pr%C3%A1ticas%20e%20Comportamentos%20de%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sa%C3%BAde..pdf>
- Diário da República, 2ª. Série – N.º 133 – 12 de Julho de 2018. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Acedido a 25 de Abril de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115685379/details/maximized>
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projecto: colectânia descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37. Acedido a 22 de Abril de 2019. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- DGS. (2015). Linhas de Orientação para uma alimentação vegetariana saudável. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde. Acedido a 20 de Abril de 2019. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444910720LinhasdeOrienta%C3%A7%C3%A3oparaumaAlimenta%C3%A7%C3%A3oVegetarianaSaud%C3%A1vel.pdf

APÊNDICE 3

Pedido de autorização às instituições para implementação do Projeto de Estágio

Estágio I – CSP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

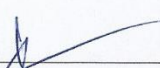


Consentimento

Eu, Ana Patrícia Vicente Valeriano, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar atualmente na Unidade de Saúde Familiar de [REDACTED], por um período de seis semanas, compreendido entre o dia 20 de Maio e 28 de Junho de 2019, venho por este meio pedir consentimento a V^a. Ex^a para aplicar um questionário destinado à equipa de enfermagem, com intuito de dar continuidade ao projeto integrado na linha de investigação 'Segurança e Qualidade de Vida' subordinado à temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica, que tem como objetivo geral: Contribuir para a promoção de uma alimentação equilibrada e saudável.

Eu, [REDACTED]

(Coordenador da USF), autorizo/~~não autorizo~~ a aplicação do questionário.

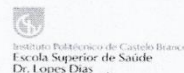
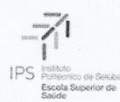
Assinatura: 

Data: 12 / 6 / 2019

1

Estágio Final – Cuidados Diferenciados

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Exma. Sr.^a Presidente do Concelho de Administração do
[Redacted], E.P.E.

No contexto do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação (Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Castelo Branco) – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica eu, Ana Valeriano, sob orientação da Docente do Instituto Politécnico de Portalegre, Margarida Malcata, e co-orientação da Docente do Instituto Politécnico de Setúbal Ana Lúcia Ramos, propusemo-nos à realização de um projeto integrado na linha de investigação ‘Segurança e Qualidade de Vida’, subordinado à temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica, que tem como objetivo geral: Contribuir para a promoção de uma alimentação equilibrada e saudável.

Desta forma, vimos por este meio solicitar o parecer do Concelho de Administração e da Comissão de Ética do [Redacted] E.P.E. para o desenvolvimento e aplicação do supracitado projeto e posterior divulgação dos dados obtidos em Relatório de Estágio inerente ao Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Em anexo segue: Termo de Responsabilidade, Formulário para Pedido de Parecer da Comissão de Ética, Plano do Projeto, Instrumento de Colheita de Dados e Curriculum Vitae da investigadora principal.

Atenciosamente,

Ana Valeriano

(Ana Patrícia Vicente Valeriano)

Évora, 11 de Setembro de 2019

R	RECEBIDO	EM 11/09/19
		N.º 1843
R	RESPONDIDO	EM / /
		N.º

CÓPIA

Pedido de Parecer à Comissão de Ética do [REDACTED]



Ana Valeriano

sáb, 19/10/2019 11:02

gid@[REDACTED]; Margarida Malcata ✓



Comissão Ética - [REDACTED].pdf
2 MB



cv_marg_mal.pdf
273 KB

4 anexos (3 MB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive

Bom dia,

O meu nome é Ana Patrícia Vicente Valeriano, aluna nº 19340 do Curso de Mestrado em Enfermagem e venho através deste meio enviar os documentos para pedido de parecer à comissão de Ética do Centro Hospitalar de [REDACTED] no âmbito do projeto que estou a desenvolver no Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, denominada de "Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: Capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa"

Em anexo seguem os documentos pedidos.

Aguardo uma resposta.

Com os melhores cumprimentos
Ana Valeriano



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

LISTA DE DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA E REQUISITOS

Lista de Documentação Necessária e Requisitos	Verificação pelo GID
1. Carta de pedido de autorização ao CA – PS GIND 001_Mod011	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Carta de pedido de parecer ao presidente da CES – PS GIND 001_Mod012	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Termo de responsabilidade do Investigador Principal e do Investigador Responsável no PS GIND 001_Mod013/014/015	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Declaração de conflito de interesses do Investigador Principal – PS GIND 001_Mod016	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Autorização do Diretor de Serviço – PS GIND 001_Mod017	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Autorização do Enfermeiro-chefe / Técnico-coordenador (se aplicável) ² – PS GIND 001_Mod018/019	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Folha de rosto – PS GIND 001_Mod020	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Protocolo datado e assinado	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Consentimento informado (se aplicável)	<input type="checkbox"/>
10. CV do Investigador Principal e do Investigador Responsável	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Parecer da CES	<input type="checkbox"/>
12. Autorização da CNPD (se aplicável)	<input type="checkbox"/>
13. Outros (se aplicável) ² – anexar <i>Edo</i>	<input type="checkbox"/>

Verificação / validação do dossier de submissão pelo GID:			
Data de receção do dossier	<i>11.10.2019</i>	Data de validação	<i>11.10.2019</i>
Assinatura	<i>[Signature]</i>		





GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CA PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

Título do Estudo: 'Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: Capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa'.

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no Serviço de Urgência Pediátrica e [redacted] al, E.P.E.

[redacted], 14 de Outubro de 2019

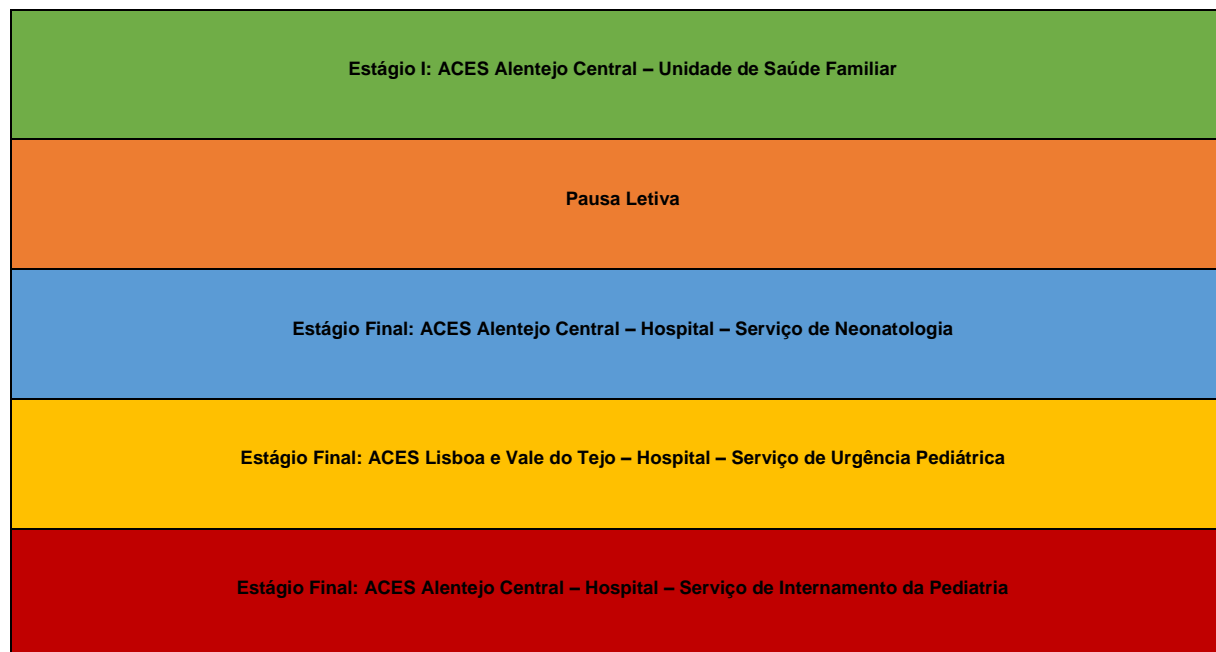
O Investigador Principal,

Ana Patrícia Vicente Valeriano

APÊNDICE 4

Cronograma – planeamento da formulação das atividades

Ano	2019																	2020	
Mês	Maio	Junho				Julho	Agosto			Setembro	Outubro		Novembro			Dezembro	Janeiro	Junho	Data a definir posteriormente
Etapas																			
Diagnóstico da Situação - Aplicação de questionários																			
Planeamento																			
Execução - Realização de sessão de formação - Realização de folhetos/cartazes																			
Avaliação das atividades desenvolvidas																			
Elaboração da <i>Scoping Review</i>																			
Elaboração do Relatório Final																			
Pesquisa Bibliográfica																			
Divulgação dos Resultados – Apresentação do Projeto																			



APÊNDICE 5

Artigo de Revisão da Literatura: *Scoping Review*

ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA EM IDADE PEDIÁTRICA: RISCOS E BENEFÍCIOS

SCOPING REVIEW

VEGETARIAN FOOD AT PEDIATRIC AGE: RISKS AND BENEFITS

SCOPING REVIEW

Ana Valeriano ^a, Margarida Malcata ^b, Ana Ramos ^c.

^a Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do [REDACTED]
Portugal.

Endereço de e-mail: anavaleriano_23@hotmail.com

Endereço postal: [REDACTED]

^b Professora no Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde; Portalegre, Portugal. Correspondência: margaridamalcata@gmail.com

^c Professora Adjunta no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde; Setúbal, Portugal. Correspondência: ana.ramos@ess.ips.pt

RESUMO

Contexto: Atualmente verifica-se uma ascensão no número de pessoas vegetarianas. Contudo, este regime alimentar para além trazer benefícios pode acarretar complicações para o ciclo vital e especificamente para a infância, visto ser um período de grandes transformações e constantes mudanças a nível do crescimento e desenvolvimento.

Objetivos: Mapear os riscos e benefícios de uma alimentação vegetariana em idade pediátrica.

Método: *Scoping Review* com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*. Dois revisores independentes realizaram uma análise de relevância dos artigos bem como a extração e síntese dos respetivos dados.

Resultados: Foram incluídos nesta revisão 5 artigos extraídos de bases de dados científicas e 4 documentos, 1 artigo da Associação Portuguesa de Nutrição e 3 documentos da Direção Geral de Saúde.

Conclusão: A partir dos estudos analisados foi possível concluir que o regime alimentar vegetariano pode trazer benefícios para a saúde, nomeadamente ao nível da obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e neoplasias. No entanto, se o padrão alimentar for desequilibrado e inadequado, verificar-se-á um défice no aporte nutricional, mais especificamente nas proteínas, vitamina A, B2, B12, D e minerais como zinco, ferro, cálcio e iodo.

Palavras-chave: Dieta vegetariana; contextos de saúde; bebés; crianças; adolescentes.

ABSTRACT

Context: Currently there is a rise in the number of vegetarian people. However, this diet in addition to bringing benefits can entail complications for the life cycle and specifically for childhood, as it is a period of great transformation and constant changes in growth and development.

Objectives: Map the risks and benefits of vegetarian eating at a pediatric age.

Review method: Scoping review based on the principles advocated by the Joanna Briggs Institute. An independent reviewer performed a relevance analysis of the articles as well as the extraction and synthesis of their data.

Presentation and interpretation of results: This review included 5 articles extracted from scientific databases and 4 documents, 1 article from the Portuguese Nutrition Association and 3 documents from the General Directorate of Health.

Conclusion: From the studies analyzed it was possible to conclude that vegetarian diet can bring health benefits, namely in terms of obesity, cardiovascular disease, hypertension, diabetes and neoplasms. However, if the dietary pattern is unbalanced and inadequate, there will be a deficit in nutritional intake, more specifically in proteins, vitamin A, B2, B12, D and minerals such as zinc, iron, calcium and iodine.

Keywords: vegetarian diet; healthcare settings; infants; children; adolescents.

APÊNDICE 6

Consentimento informado, livre e esclarecido acerca da participação no projeto '**Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma alimentação alternativa**'

**Consentimento informado, livre, esclarecido e livre para participação no projeto
“Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica: capacitar os Enfermeiros para uma
alimentação alternativa”**

Declaração do Investigador

“Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis neste contexto, no respeito pelos seus direitos”.

Ana Patrícia Vicente Valeriano

Data: __/__/__ Assinatura: _____

Declaração do Participante

“Declaro ter compreendido os objetivos de quando me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/ Não Autorizo (**Riscar o que não interessa**) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas”.

Data: __/__/__ Assinatura: _____

Nota: Este documento é feito em duas vias- uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

Fonte: Norma nº015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015

APÊNDICE 7

Caracterização da população-alvo – Enfermeiros: síntese dos dados recolhidos através do preenchimento dos questionários

Distribuição da Amostra por sexo e idade								
Instituição	Amostra	Sexo		Idade				
		Feminino	Masculino	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	> 60 anos
USF	N=5	5	0	0	2	2	0	1
SUP	N=9	8	1	2	4	2	1	0
Departamento de Pediatria	N=45	44	1	4	23	11	7	0

Distribuição da Amostra de acordo com as Habilitações Literárias					
Instituição	Amostra	Habilitações Literárias			
		Licenciatura	Curso de Pós-Licenciatura	Mestrado	Pós-Graduação
USF	N=5	1	4	0	1
SUP	N=9	5	3	2	0
Departamento de Pediatria	N=45	7	35	4	4

Distribuição da Amostra por anos de Experiência Profissional						
Instituição	Amostra	Anos de Experiência Profissional				
		0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	> 20 anos
USF	N=5	0	0	2	0	3
SUP	N=9	2	0	3	1	3
Departamento de Pediatria	N=45	3	6	13	8	15

Distribuição da Amostra por tempo de Experiência Profissional no presente serviço			
Instituição	Amostra	Tempo de Experiência Profissional	
		0 – 5 anos	+ 5 anos
USF	N=5	3	2
SUP	N=9	4	5
Departamento de Pediatria	N=45	20	25

APÊNDICE 8

Dados extraídos dos questionários: USF, SUP e Departamento de Pediatria

Dados extraídos da USF

Parte 2 do Questionário: Conhecimento Geral dos Enfermeiros acerca da temática

	CP		C		NC/ND		D		DP	
Pergunta:		%		%		%		%		%
1. O conceito de dieta vegetariana associa-se geralmente a um padrão de consumo alimentar que faz uso predominantemente de produtos de origem vegetal.	2	40%	3	60%	0	0%	0	0%	0	0%
2. A dieta vegetariana inclui carne e pescado, e seus derivados.	3	60%	2	40%	0	0%	0	0%	0	0%
3. A dieta vegetariana pode incluir produtos como ovos e laticínios.	0	0%	5	100%	0	0%	0	0%	0	0%
4. A alimentação vegetariana pode ser classificada como: ovolactovegetariana, lactovegetariana, ovovegetariana e vegetariana estrita ou vegana.	1	20%	3	60%	1	20%	0	0%	0	0%
5. A adoção de um determinado padrão alimentar vegetariano não se encontra relacionado com fatores como a saúde, bem-estar dos animais, ambiente, religião, motivos espirituais ou éticos.	0	0%	3	60%	0	0%	2	40%	0	0%
6. A alimentação das crianças que seguem um padrão alimentar vegetariano pode, inclusive, ser melhor fornecedora de vitaminas e minerais do que padrões não vegetarianos.	0	0%	1	20%	3	60%	1	20%	0	0%
7. Uma dieta vegetariana, apesar de bem planeada pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normais das crianças.	0	0%	1	20%	1	20%	3	60%	0	0%
8. Dietas restritivas podem comprometer o normal desenvolvimento estatura-ponderal e cognitivo devido à carência de determinados nutrientes.	0	0%	5	100%	0	0%	0	0%	0	0%
9. As dietas vegetarianas também apresentam benefícios como: redução da obesidade, diminuição de alguns tipos de cancro e diminuição de doenças cardiovasculares.	0	0%	4	80%	1	20%	0	0%	0	0%
10. Os ensinamentos de enfermagem são fundamentais para capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa para uma alimentação saudável.	3	60%	2	40%	0	0%	0	0%	0	0%
11. Os Enfermeiros deverão ser capazes de aconselhar as famílias que pretendem adotar uma alimentação vegetariana.	3	60%	2	40%	0	0%	0	0%	0	0%
12. Deverão atuar ao nível do planeamento, implementação e acompanhamento, ajudando a identificar fontes alimentares de diversos nutrientes, minimizando riscos de carências nutricionais.	1	20%	4	80%	0	0%	0	0%	0	0%
13. Uma alimentação vegetariana, mal planeada, pode ser tão nociva como uma dieta não vegetariana desequilibrada.	2	40%	3	60%	0	0%	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas

CP – Concordo Plenamente; C – Concordo; NC/ND – Nem Concordo/Nem Discordo; D – Discordo; DP – Discordo Plenamente

Parte 2: Atuação dos Enfermeiros perante a temática da alimentação

	S		MX		AX		R		N	
Pergunta:		%		%		%		%		%
1. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza ensinamentos sobre alimentação	3	60%	2	40%	0	0%	0	0%	0	0%
2. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza cuidados antecipatórios relativos à importância de uma alimentação saudável, de acordo com a faixa etária da criança.	2	40%	3	60%	0	0%	0	0%	0	0%
3. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com os pais/cuidadores, realiza ensinamentos relativos à alimentação através do fornecimento de materiais informativos.	2	40%	3	60%	0	0%	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas;

S – Sempre; MX – Muitas Vezes; AX – Algumas Vezes; R – Raramente; N – Nunca.

Parte 3: Conhecimento da prática clínica dos Enfermeiros

	Sim		Não	
Pergunta:		%		%
4. Na sua prática diária alguma vez lidou com alguma criança/pais que quisessem adotar ou já tivessem adotado um regime alimentar vegetariano?	2	40%	3	60%
5. Na sua prática diária, alguma vez realizou ensinamentos sobre alimentação vegetariana?	1	20%	4	80%
6. Considera que os conhecimentos que possui sobre alimentação vegetariana em idade pediátrica são suficientes para realizar ensinamentos de qualidade às crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar?	0	0%	5	100%
7. Considera pertinente esta temática?	5	100%	0	0%
8. Considera que, atualmente, com o aumento do número de pessoas a adotar um regime alimentar vegetariano, é fundamental o Enfermeiro munir-se de conhecimentos específicos sobre a temática?	5	100%	0	0%

% - Percentagem de Respostas

Parte 4: Existência de matérias informativos nos serviços acerca da temática

Sim		Não	
Pergunta:		%	%
5. No serviço onde presta cuidados existem documentos informativos para fornecer aos pais/cuidadores relativos à alimentação vegetariana em idade pediátrica?	0	0%	100%

% - Percentagem de Respostas

Folheto		Poster		Guia		Outros	
Pergunta:		%	%	%	%	%	%
5.1. Se sim, quais:	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

% - Percentagem de Respostas

5.2. Se não existem documentos informativos no seu serviço, o que gostaria que fosse elaborado de acordo com esta temática?

Resposta dos Enfermeiros	
Formação em Serviço:	2
Folheto:	2
Guia Alimentar	1
Resposta Vaga (não especifica o material)	1
Não Respondeu:	0

Atenção: nesta questão é válido os Enfermeiros mencionarem mais do que um material informativo.

Dados extraídos do SUP**Parte 2 do Questionário: Conhecimento Geral dos Enfermeiros acerca da temática**

	CP		C		NC/ND		D		DP	
Pergunta:		%		%		%		%		%
1. O conceito de dieta vegetariana associa-se geralmente a um padrão de consumo alimentar que faz uso predominantemente de produtos de origem vegetal.	4	44%	3	33%	0	0%	2	22%	0	0%
2. A dieta vegetariana inclui carne e pescado, e seus derivados.	6	67%	3	33%	0	0%	2	22%	0	0%
3. A dieta vegetariana pode incluir produtos como ovos e laticínios.	1	11%	5	56%	1	11%	2	22%	0	0%
4. A alimentação vegetariana pode ser classificada como: ovolactovegetariana, lactovegetariana, ovovegetariana e vegetariana estrita ou vegana.	1	11%	4	44%	2	22%	1	11%	1	11%
5. A adoção de um determinado padrão alimentar vegetariano não se encontra relacionado com fatores como a saúde, bem-estar dos animais, ambiente, religião, motivos espirituais ou éticos.	3	33%	3	33%	3	33%	0	0%	0	0%
6. A alimentação das crianças que seguem um padrão alimentar vegetariano pode, inclusive, ser melhor fornecedora de vitaminas e minerais do que padrões não vegetarianos.	0	0%	4	44,5%	4	44,5%	0	0%	1	11%
7. Uma dieta vegetariana, apesar de bem planeada pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normais das crianças.	1	11%	4	44,5%	4	44,5%	0	0%	0	0%
8. Dietas restritivas podem comprometer o normal desenvolvimento estatura-ponderal e cognitivo devido à carência de determinados nutrientes.	3	33%	6	67%	0	0%	0	0%	0	0%
9. As dietas vegetarianas também apresentam benefícios como: redução da obesidade, diminuição de alguns tipos de cancro e diminuição de doenças cardiovasculares.	2	22%	3	33%	4	44%	0	0%	0	0%
10. Os ensinamentos de enfermagem são fundamentais para capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa para uma alimentação saudável.	9	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
11. Os Enfermeiros deverão ser capazes de aconselhar as famílias que pretendem adotar uma alimentação vegetariana.	2	22%	4	44%	2	22%	1	11%	0	0%
12. Deverão atuar ao nível do planeamento, implementação e acompanhamento, ajudando a identificar fontes alimentares de diversos nutrientes, minimizando riscos de carências nutricionais.	3	33%	4	44%	0	0%	2	22%	0	0%
13. Uma alimentação vegetariana, mal planeada, pode ser tão nociva como uma dieta não vegetariana desequilibrada.	4	44,5%	4	44,5%	0	0%	1	11%	0	0%

%- Percentagem de Respostas

CP – Concordo Plenamente; C – Concordo; NC/ND – Nem Concordo/Nem Discordo; D – Discordo; DP – Discordo Plenamente

Parte 2: Atuação dos Enfermeiros perante a temática da alimentação

	S		MX		AX		R		N	
Pergunta:		%		%		%		%		%
1. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza ensinamentos sobre alimentação	1	11%	6	67%	2	22%	0	0%	0	0%
2. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza cuidados antecipatórios relativos à importância de uma alimentação saudável, de acordo com a faixa etária da criança.	1	11%	6	67%	2	22%	0	0%	0	0%
3. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com os pais/cuidadores, realiza ensinamentos relativos à alimentação através do fornecimento de materiais informativos.	0	0%	1	11%	3	33%	4	44%	1	11%

% - Percentagem de Respostas;

S – Sempre; MX – Muitas Vezes; AX – Algumas Vezes; R – Raramente; N – Nunca.

Parte 3: Conhecimento da prática clínica dos Enfermeiros

	Sim		Não	
Pergunta:		%		%
4. Na sua prática diária alguma vez lidou com alguma criança/pais que quisessem adotar ou já tivessem adotado um regime alimentar vegetariano?	4	44%	5	56%
5. Na sua prática diária, alguma vez realizou ensinamentos sobre alimentação vegetariana?	2	22%	7	78%
6. Considera que os conhecimentos que possui sobre alimentação vegetariana em idade pediátrica são suficientes para realizar ensinamentos de qualidade às crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar?	0	0%	9	100%
7. Considera pertinente esta temática?	8	89%	1	11%
8. Considera que, atualmente, com o aumento do número de pessoas a adotar um regime alimentar vegetariano, é fundamental o Enfermeiro munir-se de conhecimentos específicos sobre a temática?	9	100%	0	0%

% - Percentagem de Respostas

Parte 4: Existência de matérias informativos nos serviços acerca da temática

Pergunta:	Sim		Não	
		%		%
5. No serviço onde presta cuidados existem documentos informativos para fornecer aos pais/cuidadores relativos à alimentação vegetariana em idade pediátrica?	0	0%	9	100%

% - Percentagem de Respostas

Pergunta:	Folheto		Poster		Guia		Outros	
		%		%		%		%
5.1. Se sim, quais:	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

% - Percentagem de Respostas

5.2. Se não existem documentos informativos no seu serviço, o que gostaria que fosse elaborado de acordo com esta temática?

Resposta dos Enfermeiros	
Formação em Serviço:	1
Folheto:	4
Guia Alimentar	2
Vídeo	1
Poster	1
Resposta Vaga (não especifica o material)	1
Não Respondeu:	2

Atenção: nesta questão é válido os Enfermeiros mencionarem mais do que um material informativo.

Dados extraídos do Departamento de Pediatria – Serviço de Neonatologia

Parte 2 do Questionário: Conhecimento Geral dos Enfermeiros acerca da temática

	CP		C		NC/ND		D		DP	
Pergunta:		%		%		%		%		%
1. O conceito de dieta vegetariana associa-se geralmente a um padrão de consumo alimentar que faz uso predominantemente de produtos de origem vegetal.	5	38%	8	62%	0	0%	0	0%	0	0%
2. A dieta vegetariana inclui carne e pescado, e seus derivados.	9	69%	4	31%	0	0%	0	0%	0	0%
3. A dieta vegetariana pode incluir produtos como ovos e laticínios.	6	46%	6	46%	0	0%	1	8%	0	0%
4. A alimentação vegetariana pode ser classificada como: ovolactovegetariana, lactovegetariana, ovovegetariana e vegetariana estrita ou vegana.	4	31%	2	15%	7	54%	0	0%	0	0%
5. A adoção de um determinado padrão alimentar vegetariano não se encontra relacionado com fatores como a saúde, bem-estar dos animais, ambiente, religião, motivos espirituais ou éticos.	2	15%	5	38%	4	31%	1	8%	1	8%
6. A alimentação das crianças que seguem um padrão alimentar vegetariano pode, inclusive, ser melhor fornecedora de vitaminas e minerais do que padrões não vegetarianos.	0	0%	1	8%	4	31%	4	31%	4	31%
7. Uma dieta vegetariana, apesar de bem planeada pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normais das crianças.	4	31%	4	31%	3	23%	2	15%	0	0%
8. Dietas restritivas podem comprometer o normal desenvolvimento estatura-ponderal e cognitivo devido à carência de determinados nutrientes.	5	38%	7	54%	1	8%	0	0%	0	0%
9. As dietas vegetarianas também apresentam benefícios como: redução da obesidade, diminuição de alguns tipos de cancro e diminuição de doenças cardiovasculares.	1	8%	8	62%	3	23%	0	0%	1	8%
10. Os ensinamentos de enfermagem são fundamentais para capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa para uma alimentação saudável.	7	54%	6	46%	0	0%	0	0%	0	0%
11. Os Enfermeiros deverão ser capazes de aconselhar as famílias que pretendem adotar uma alimentação vegetariana.	0	0%	9	69%	3	23%	1	8%	0	0%
12. Deverão atuar ao nível do planeamento, implementação e acompanhamento, ajudando a identificar fontes alimentares de diversos nutrientes, minimizando riscos de carências nutricionais.	4	31%	6	46%	2	15%	1	8%	0	0%
13. Uma alimentação vegetariana, mal planeada, pode ser tão nociva como uma dieta não vegetariana desequilibrada.	6	46%	6	46%	1	8%	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas

CP – Concordo Plenamente; C – Concordo; NC/ND – Nem Concordo/Nem Discordo; D – Discordo; DP – Discordo Plenamente

Parte 2: Atuação dos Enfermeiros perante a temática da alimentação

	S		MX		AX		R		N	
Pergunta:		%		%		%		%		%
1. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza ensinamentos sobre alimentação	2	15%	9	69%	2	15%	0	0%	0	0%
2. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza cuidados antecipatórios relativos à importância de uma alimentação saudável, de acordo com a faixa etária da criança.	1	8%	10	77%	1	8%	1	8%	0	0%
3. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com os pais/cuidadores, realiza ensinamentos relativos à alimentação através do fornecimento de materiais informativos.	2	15%	4	31%	4	31%	2	15%	1	8%

% - Percentagem de Respostas;

S – Sempre; MX – Muitas Vezes; AX – Algumas Vezes; R – Raramente; N – Nunca.

Parte 3: Conhecimento da prática clínica dos Enfermeiros

	Sim		Não	
Pergunta:		%		%
4. Na sua prática diária alguma vez lidou com alguma criança/pais que quisessem adotar ou já tivessem adotado um regime alimentar vegetariano?	5	38%	8	62%
5. Na sua prática diária, alguma vez realizou ensinamentos sobre alimentação vegetariana?	1	8%	12	92%
6. Considera que os conhecimentos que possui sobre alimentação vegetariana em idade pediátrica são suficientes para realizar ensinamentos de qualidade às crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar?	0	0%	13	100%
7. Considera pertinente esta temática?	13	100%	0	0%
8. Considera que, atualmente, com o aumento do número de pessoas a adotar um regime alimentar vegetariano, é fundamental o Enfermeiro munir-se de conhecimentos específicos sobre a temática?	13	100%	0	0%

% - Percentagem de Respostas

Parte 4: Existência de matérias informativos nos serviços acerca da temática

Pergunta:	Sim		Não	
		%		%
5. No serviço onde presta cuidados existem documentos informativos para fornecer aos pais/cuidadores relativos à alimentação vegetariana em idade pediátrica?	0	0%	13	100%

% - Percentagem de Respostas

Pergunta:	Folheto		Poster		Guia		Outros	
		%		%		%		%
5.1. Se sim, quais:	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

% - Percentagem de Respostas

5.2. Se não existem documentos informativos no seu serviço, o que gostaria que fosse elaborado de acordo com esta temática?

Resposta dos Enfermeiros	
Folheto:	5
Guia Alimentar	1
Resposta Vaga (não especifica o material)	0
Não Respondeu:	8

Atenção: nesta questão é válido os Enfermeiros mencionarem mais do que um material informativo.

Dados extraídos do Departamento de Pediatria – SUP**Parte 2 do Questionário: Conhecimento Geral dos Enfermeiros acerca da temática**

	CP		C		NC/ND		D		DP	
Pergunta:		%		%		%		%		%
1. O conceito de dieta vegetariana associa-se geralmente a um padrão de consumo alimentar que faz uso predominantemente de produtos de origem vegetal.	8	47%	9	53%	0	0%	0	0%	0	0%
2. A dieta vegetariana inclui carne e pescado, e seus derivados.	8	47%	9	53%	0	0%	0	0%	0	0%
3. A dieta vegetariana pode incluir produtos como ovos e laticínios.	4	24%	12	71%	0	0%	0	0%	1	6%
4. A alimentação vegetariana pode ser classificada como: ovolactovegetariana, lactovegetariana, ovovegetariana e vegetariana estrita ou vegana.	6	35%	10	59%	0	0%	0	0%	1	6%
5. A adoção de um determinado padrão alimentar vegetariano não se encontra relacionado com fatores como a saúde, bem-estar dos animais, ambiente, religião, motivos espirituais ou éticos.	7	41%	6	35%	3	18%	1	6%	0	0%
6. A alimentação das crianças que seguem um padrão alimentar vegetariano pode, inclusive, ser melhor fornecedora de vitaminas e minerais do que padrões não vegetarianos.	0	0%	4	24%	8	47%	5	29%	0	0%
7. Uma dieta vegetariana, apesar de bem planeada pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normais das crianças.	2	12%	7	41%	6	35%	1	6%	1	6%
8. Dietas restritivas podem comprometer o normal desenvolvimento estatura-ponderal e cognitivo devido à carência de determinados nutrientes.	4	24%	12	71%	1	6%	0	0%	0	0%
9. As dietas vegetarianas também apresentam benefícios como: redução da obesidade, diminuição de alguns tipos de cancro e diminuição de doenças cardiovasculares.	2	12%	11	65%	4	24%	0	0%	0	0%
10. Os ensinamentos de enfermagem são fundamentais para capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa para uma alimentação saudável.	13	76%	4	24%	0	0%	0	0%	0	0%
11. Os Enfermeiros deverão ser capazes de aconselhar as famílias que pretendem adotar uma alimentação vegetariana.	11	65%	5	29%	0	0%	1	6%	0	0%
12. Deverão atuar ao nível do planeamento, implementação e acompanhamento, ajudando a identificar fontes alimentares de diversos nutrientes, minimizando riscos de carências nutricionais.	10	59%	7	41%	0	0%	0	0%	0	0%
13. Uma alimentação vegetariana, mal planeada, pode ser tão nociva como uma dieta não vegetariana desequilibrada.	9	53%	7	41%	1	6%	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas

CP – Concordo Plenamente; C – Concordo; NC/ND – Nem Concordo/Nem Discordo; D – Discordo; DP – Discordo Plenamente

Parte 2: Atuação dos Enfermeiros perante a temática da alimentação

	S		MX		AX		R		N	
Pergunta:		%		%		%		%		%
1. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza ensinamentos sobre alimentação	0	0%	4	24%	10	59%	3	18%	0	0%
2. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza cuidados antecipatórios relativos à importância de uma alimentação saudável, de acordo com a faixa etária da criança.	0	0%	0	0%	12	71%	5	29%	0	0%
3. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com os pais/cuidadores, realiza ensinamentos relativos à alimentação através do fornecimento de materiais informativos.	0	0%	0	0%	2	12%	10	59%	5	29%

% - Percentagem de Respostas;

S – Sempre; MX – Muitas Vezes; AX – Algumas Vezes; R – Raramente; N – Nunca.

Parte 3: Conhecimento da prática clínica dos Enfermeiros

	Sim		Não	
Pergunta:		%		%
4. Na sua prática diária alguma vez lidou com alguma criança/pais que quisessem adotar ou já tivessem adotado um regime alimentar vegetariano?	7	41%	10	59%
5. Na sua prática diária, alguma vez realizou ensinamentos sobre alimentação vegetariana?	0	0%	17	100%
6. Considera que os conhecimentos que possui sobre alimentação vegetariana em idade pediátrica são suficientes para realizar ensinamentos de qualidade às crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar?	0	0%	17	100%
7. Considera pertinente esta temática?	17	100%	0	0%
8. Considera que, atualmente, com o aumento do número de pessoas a adotar um regime alimentar vegetariano, é fundamental o Enfermeiro munir-se de conhecimentos específicos sobre a temática?	17	100%	0	0%

% - Percentagem de Respostas

Parte 4: Existência de matérias informativos nos serviços acerca da temática

Pergunta:	Sim		Não	
		%		%
5. No serviço onde presta cuidados existem documentos informativos para fornecer aos pais/cuidadores relativos à alimentação vegetariana em idade pediátrica?	0	0%	17	100%

% - Percentagem de Respostas

Pergunta:	Folheto		Poster		Guia		Outros	
		%		%		%		%
5.1. Se sim, quais:	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

% - Percentagem de Respostas

5.2. Se não existem documentos informativos no seu serviço, o que gostaria que fosse elaborado de acordo com esta temática?

Resposta dos Enfermeiros	
Formação em Serviço	2
Folheto	11
Guia Alimentar	6
Vídeo	1
Poster	3
Resposta Vaga (não especifica o material)	0
Não Respondeu:	3

Atenção: nesta questão é válido os Enfermeiros mencionarem mais do que um material informativo.

Dados extraídos do Departamento de Pediatria – Serviço de Internamento de Pediatria

Parte 2 do Questionário: Conhecimento Geral dos Enfermeiros acerca da temática

	CP		C		NC/ND		D		DP	
Pergunta:		%		%		%		%		%
1. O conceito de dieta vegetariana associa-se geralmente a um padrão de consumo alimentar que faz uso predominantemente de produtos de origem vegetal.	6	40%	9	60%	0	0%	0	0%	0	0%
2. A dieta vegetariana inclui carne e pescado, e seus derivados.	9	60%	6	40%	0	0%	0	0%	0	0%
3. A dieta vegetariana pode incluir produtos como ovos e laticínios.	2	13%	13	87%	0	0%	0	0%	0	0%
4. A alimentação vegetariana pode ser classificada como: ovolactovegetariana, lactovegetariana, ovovegetariana e vegetariana estrita ou vegana.	5	33%	9	60%	1	7%	0	0%	0	0%
5. A adoção de um determinado padrão alimentar vegetariano não se encontra relacionado com fatores como a saúde, bem-estar dos animais, ambiente, religião, motivos espirituais ou éticos.	4	27%	9	60%	0	0%	2	13%	0	0%
6. A alimentação das crianças que seguem um padrão alimentar vegetariano pode, inclusive, ser melhor fornecedora de vitaminas e minerais do que padrões não vegetarianos.	0	0%	4	27%	6	40%	4	27%	1	7%
7. Uma dieta vegetariana, apesar de bem planeada pode comprometer o crescimento e desenvolvimento normais das crianças.	2	13%	6	40%	4	27%	2	13%	1	7%
8. Dietas restritivas podem comprometer o normal desenvolvimento estatura-ponderal e cognitivo devido à carência de determinados nutrientes.	5	33%	7	47%	2	13%	1	7%	0	0%
9. As dietas vegetarianas também apresentam benefícios como: redução da obesidade, diminuição de alguns tipos de cancro e diminuição de doenças cardiovasculares.	3	20%	6	40%	4	27%	2	13%	0	0%
10. Os ensinamentos de enfermagem são fundamentais para capacitar os pais/cuidadores/comunidade educativa para uma alimentação saudável.	12	80%	3	20%	0	0%	0	0%	0	0%
11. Os Enfermeiros deverão ser capazes de aconselhar as famílias que pretendem adotar uma alimentação vegetariana.	10	67%	4	27%	1	7%	0	0%	0	0%
12. Deverão atuar ao nível do planeamento, implementação e acompanhamento, ajudando a identificar fontes alimentares de diversos nutrientes, minimizando riscos de carências nutricionais.	9	60%	5	33%	1	7%	0	0%	0	0%
13. Uma alimentação vegetariana, mal planeada, pode ser tão nociva como uma dieta não vegetariana desequilibrada.	8	53%	7	47%	0	0%	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas

CP – Concordo Plenamente; C – Concordo; NC/ND – Nem Concordo/Nem Discordo; D – Discordo; DP – Discordo Plenamente

Parte 2: Atuação dos Enfermeiros perante a temática da alimentação

	S		MX		AX		R		N	
Pergunta:		%		%		%		%		%
1. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza ensinamentos sobre alimentação	1	7%	7	47%	5	33%	2	13%	0	0%
2. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com as crianças e os pais/cuidadores, realiza cuidados antecipatórios relativos à importância de uma alimentação saudável, de acordo com a faixa etária da criança.	1	7%	6	40%	7	47%	1	7%	0	0%
3. Aquando da prestação de cuidados, no contacto com os pais/cuidadores, realiza ensinamentos relativos à alimentação através do fornecimento de materiais informativos.	0	0%	2	13%	4	27%	9	60%	0	0%

% - Percentagem de Respostas;

S – Sempre; MX – Muitas Vezes; AX – Algumas Vezes; R – Raramente; N – Nunca.

Parte 3: Conhecimento da prática clínica dos Enfermeiros

	Sim		Não	
Pergunta:		%		%
4. Na sua prática diária alguma vez lidou com alguma criança/pais que quisessem adotar ou já tivessem adotado um regime alimentar vegetariano?	13	87%	2	13%
5. Na sua prática diária, alguma vez realizou ensinamentos sobre alimentação vegetariana?	2	13%	13	87%
6. Considera que os conhecimentos que possui sobre alimentação vegetariana em idade pediátrica são suficientes para realizar ensinamentos de qualidade às crianças/pais/cuidadores/comunidade escolar?	2	13%	13	87%
7. Considera pertinente esta temática?	15	100%	0	0%
8. Considera que, atualmente, com o aumento do número de pessoas a adotar um regime alimentar vegetariano, é fundamental o Enfermeiro munir-se de conhecimentos específicos sobre a temática?	15	100%	0	0%

% - Percentagem de Respostas

Parte 4: Existência de matérias informativos nos serviços acerca da temática

Pergunta:	Sim		Não	
		%		%
5. No serviço onde presta cuidados existem documentos informativos para fornecer aos pais/cuidadores relativos à alimentação vegetariana em idade pediátrica?	0	0%	15	100%

% - Percentagem de Respostas

Pergunta:	Folheto		Poster		Guia		Outros	
		%		%		%		%
5.1. Se sim, quais:	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

% - Percentagem de Respostas

5.2. Se não existem documentos informativos no seu serviço, o que gostaria que fosse elaborado de acordo com esta temática?

Resposta dos Enfermeiros	
Formação em Serviço	2
Folheto	8
Guia Alimentar	3
Poster	2
Resposta Vaga (não especifica o material)	0
Não Respondeu:	4

Atenção: nesta questão é válido os Enfermeiros mencionarem mais do que um material informativo.

APÊNDICE 9

Planos das sessões de formação

Plano da Sessão de Formação - USF

Tema: Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica						
População-alvo:	Enfermeiros e Médicos da USF ██████████			Data: 18 de Junho de 2019	Horário: 11h00m	Duração: 30 minutos
Local:	USF ██████████			Preletora: Enfermeira Ana Valeriano		
Objetivo Geral:	- Contribuir para a promoção de uma alimentação vegetariana equilibrada e saudável em idade pediátrica.					
Objetivos Específicos:	- Garantir aumento de conhecimentos por parte da equipa de saúde pública da USF ██████████; - Elucidar os profissionais de saúde sobre a temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica; - Alertar os profissionais de saúde para os principais riscos e possíveis benefícios deste tipo de regime alimentar;					
Etapas	Conteúdo Programático	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos a utilizar	Formador	Avaliação	Tempo
Introdução	- Apresentação da preletora aos formados; - Exposição da sessão a realizar e pertinência da mesma; - Menção dos objetivos.	Expositivo Interrogativo	Computador Videoprojetor Tela Branca Microsoft Office (Power Point)	Enfermeira Ana Valeriano	Diagnóstica	5 min
Desenvolvimento	- Abordar a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica; -Enumerar os principais riscos e possíveis benefícios deste tipo de regime alimentar; -Demonstrar aos profissionais de saúde documentos da DGS sobre a temática em questão;				Formativa	15 min
Conclusão	- Síntese dos aspetos relevantes da sessão; -Questões e esclarecimento de dúvidas; -Avaliação dos objetivos programados para a sessão -Entrega de questionários para avaliação da sessão; -Conclusão da sessão.		Computador Videoprojetor Tela Branca Microsoft Office (Power Point) Questionários Canetas		Sumativa	10 min

Plano da Sessão de Formação - SUP

Tema: Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica						
População-alvo:	Enfermeiros (equipa presente na passagem de turno) do SUP			Data: 6 de Novembro de 2019	Horário: 08h00m	Duração: 30 minutos
Local:	SUP do ██████████			Preletora: Enfermeira Ana Valeriano		
Objetivo Geral:	- Contribuir para a promoção de uma alimentação vegetariana equilibrada e saudável em idade pediátrica.					
Objetivos Específicos:	- Garantir aumento de conhecimentos por parte da equipa do SUP; - Elucidar os profissionais de saúde sobre a temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica; - Alertar os profissionais de saúde para os principais riscos e possíveis benefícios deste tipo de regime alimentar;					
Etapas	Conteúdo Programático	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos a utilizar	Formador	Avaliação	Tempo
Introdução	- Apresentação da preletora aos formados; - Exposição da sessão a realizar e pertinência da mesma; - Menção dos objetivos.	Expositivo Interrogativo	Computador Videoprojetor Tela Branca Microsoft Office (Power Point)	Enfermeira Ana Valeriano	Diagnóstica	5 min
Desenvolvimento	- Abordar a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica; -Enumerar os principais riscos e possíveis benefícios deste tipo de regime alimentar; -Demonstrar aos profissionais de saúde documentos da DGS sobre a temática em questão;				Formativa	15 min
Conclusão	- Síntese dos aspetos relevantes da sessão; -Questões e esclarecimento de dúvidas; -Avaliação dos objetivos programados para a sessão -Entrega de questionários para avaliação da sessão; -Conclusão da sessão.		Computador Videoprojetor Tela Branca Microsoft Office (Power Point) Questionários Canetas		Sumativa	10 min

Plano da Sessão de Formação – Serviço de Internamento de Pediatria

Tema: Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica						
População-alvo:	Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria do ██████████, E.P.E			Data: 10 de Dezembro de 2019	Horário: 14h30m	Duração: 30 minutos
Local:	Serviço de Internamento de Pediatria			Preletora: Enfermeira Ana Valeriano		
Objetivo Geral:	- Contribuir para a promoção de uma alimentação vegetariana equilibrada e saudável em idade pediátrica.					
Objetivos Específicos:	- Garantir aumento de conhecimentos por parte da equipa do Serviço de Internamento de Pediatria; - Elucidar os profissionais de saúde sobre a temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica; - Alertar os profissionais de saúde para os principais riscos e possíveis benefícios deste tipo de regime alimentar;					
Etapas	Conteúdo Programático	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos a utilizar	Formador	Avaliação	Tempo
Introdução	- Apresentação da preletora aos formados; - Exposição da sessão a realizar e pertinência da mesma; - Menção dos objetivos.	Expositivo Interrogativo	Computador Videoprojetor Tela Branca Microsoft Office (Power Point)	Enfermeira Ana Valeriano	Diagnóstica	5 min
Desenvolvimento	- Abordar a temática da alimentação vegetariana em idade pediátrica; -Enumerar os principais riscos e possíveis benefícios deste tipo de regime alimentar; -Demonstrar aos profissionais de saúde documentos da DGS sobre a temática em questão;		Formativa		15 min	
Conclusão	- Síntese dos aspetos relevantes da sessão; -Questões e esclarecimento de dúvidas; -Avaliação dos objetivos programados para a sessão -Entrega de questionários para avaliação da sessão; -Conclusão da sessão.		Sumativa		10 min	

APÊNDICE 10

Questionário de avaliação da sessão de formação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Nome: (Facultativo) _____

Local: _____

A. **Avaliação Global** (para cada item selecione com um X o que considera mais importante):

Legenda A: 1= Nada; 2= Pouco; 3= Satisfatória; 4= Totalmente

Itens Avaliados	1	2	3	4
1. De uma forma geral a sessão de formação agradou-lhe:				
2. Os objetivos propostos foram alcançados:				
3. A sessão de formação correspondeu às expetativas iniciais:				

B. **Conteúdos** (para cada item selecione com um X o que considera mais importante):

Legenda A: 1= Nada Adequado; 2= Pouco Adequado; 3= Adequado; 4= Totalmente Adequado

Itens Avaliados	1	2	3	4
4. O nível de conhecimentos adquiridos foram:				
5. A pertinência do tema abordado foi:				
6. A utilidade do tema abordado foi:				

C. Desempenho da formadora (para cada item selecione com um X o que considera mais importante):

Legenda A: 1= Nada Adequado; 2= Pouco Adequado; 3= Adequado; 4= Totalmente Adequado

Itens Avaliados	1	2	3	4
7. O domínio da matéria lecionada foi:				
8. A seleção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:				
9. A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:				
10. O esclarecimento de dúvidas foi:				
11. A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:				
12. A duração da sessão de formação foi:				

D. Organização (para cada item selecione com um X o que considera mais importante):

Legenda A: 1= Nada Adequado; 2= Pouco Adequado; 3= Adequado; 4= Totalmente Adequado

Itens Avaliados	1	2	3	4
13. A qualidade e adequação das instalações e equipamentos foi:				
14. A condição física (salas, acessibilidades) foi:				
15. O horário da sessão de formação foi:				

E. Críticas/Sugestões/Comentários:

Obrigada!

APÊNDICE 11

Folheto elaborado para a USF



Atenção !

Privilegie o Aleitamento Materno!

O seu bebé pode e deve iniciar a diversificação alimentar tal como os restantes bebés!

Consulte o seu Enfermeiro de Família e respetivo médico caso pretenda que o seu bebé/criança/adolescente adote uma alimentação alternativa ou esteja a pensar adotar!

Recorra ao seu Enfermeiro de Família, sempre que necessário, ele poderá ajudá-lo!

Uma alimentação saudável é a base do meu bem-estar!
E o meu bem-estar é a base da minha felicidade!



- Realizado por: Ana Valeriano, nº 19340
- Enfermeira Orientadora: Enfª Especialista em Enfermagem de SIP Cláudia Mateus
- Professora Orientadora: Docente Margarida Malcata

Referências Bibliográficas:

- DGS (2016). Alimentação Vegetariana em Idade Escolar. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica





APÊNDICE 12

Atualização e transformação de um guia alimentar elaborado por Dina Morganheira em 2018 em 2 folhetos.

Importância da diversificação alimentar

- Permite o desenvolvimento e crescimento da criança e preservação da saúde;
- Fornece aportes nutricionais indispensáveis à manutenção do estado de saúde;
- Ajuda o amadurecimento gastrointestinal;
- Estimula o mecanismo de mastigação e deglutição;
- Permite a socialização da criança na família, contribuindo para o desenvolvimento da afetividade e do comportamento;
- Ajuda a criar bons hábitos alimentares para toda a vida;
- A aprendizagem de novos sabores é facilitada pela exposição a diferentes paladares através do leite materno;
- O gosto pelo doce é inato e a adesão ao ácido e amargo implicam aprendizagem.



Se tiver dúvidas, contacte o seu
enfermeiro ou médico de família

265 809 005

Elaborado por:
Enfermeira Cláudia Mateus
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Enfermeira Dina Morgenteira
Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Atualizado por:
Enfermeira Ana Valleriano
Mestranda em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



Diversificação alimentar no primeiro ano de vida — Recomendações gerais



Quando introduzir novos alimentos

Idealmente aos 6 meses de vida do bebê, mantendo o leite materno ou o leite artificial, em exclusivo, até essa altura. É desejável manter a amamentação ou o leite artificial durante a introdução de novos alimentos.

A amamentação é recomendada como complemento até aos 2 anos de idade ou mais.



Considerações Gerais



O que é que os meus pais me podem deixar fazer?

Deixe que o bebê veja, cheire, toque nos alimentos e participe de forma ativa nas refeições

Procure apresentar ao bebê uma grande variedade de alimentos saudáveis, com diferentes consistências e texturas, até aos 12 meses de idade. As refeições sólidas devem ser oferecidas com a colher, uma vez que um dos objetivos é estimular a mastigação

Introduza um alimento novo a cada 3 a 5 dias, para facilitar a deteção de possíveis reações alérgicas ou intolerâncias

Ofereça porções adequadas à idade do bebê. O mais importante é seguir o seu apetite

Tenha persistência, por vezes é preciso que o bebê prove um alimento dez ou mais vezes, em ocasiões diferentes para que o aceite

Aprenda a reconhecer e respeitar os sinais de fome e saciedade do bebê

Ofereça água várias vezes ao dia, de acordo com a sede do bebê. A água é considerada um alimento e deve ser oferecida quando se introduzem os alimentos

Comece a habituar o bebê a uma rotina de refeições, evitando oferecer alimentos fora das mesmas, para não prejudicar o seu apetite

Faça das refeições momentos agradáveis de convívio e aprendizagem, sendo um bom exemplo para o seu filho. A refeição proporciona um período privilegiado de interação, convívio e de aprendizagem social.

A televisão deverá estar desligada.

12 meses

Clara de Ovo: oferecer o ovo inteiro, na quantidade de 2 a 3 ovos por semana. Não adicionar carne nem peixe na refeição em que se coloca o ovo. Iniciar leite de vaca e derivados não ultrapassando os 500ml por dia.

Leguminosas: Iniciar ervilha, grão e favas.



Se tiver dúvidas, contacte o seu
enfermeiro ou médico de família

265 809 005



Diversificação
alimentar no primeiro
ano de vida



Elaborado por:

Enfermeira Cláudia Mateus
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Enfermeira Dina Morganteira
Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Atualizado por:

Enfermeira Ana Valeriano
Mestranda em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediátrica

6 meses

Papa: Iniciar a 1ª papa sem glúten se 4 meses, pois aos 6 meses já pode fazer papa com glúten (mistura de cereais). Pode ser láctea (preparar com água) ou não láctea (preparar com leite materno ou com leite artificial). Devem ser enriquecidas com ferro. Uma refeição deve corresponder a cerca de 35 a 50gr de farinha e deve constituir uma refeição por dia.

Sopa: a 1ª sopa deve ser purê de legumes. Permite o treino dos sabores não doces. A base da sopa deve ser com abóbora, batata, cenoura e gradualmente acrescentar cebola, alho francês, alface, couve-flor, courgette e brócolos, agrupados 4 a 5 ingredientes de cada vez. Progressivamente introduzir outros legumes. No final da cozedura dos legumes devem ser adicionados 5-7,5ml (1 colher de chá) de azeite a cada dose de sopa.

Carne: Adicionar na sopa, em primeiro lugar, a carne de aves (frango e peru) e de seguida o borrego, coelho e vitela. Iniciar em porções de 10gr de carne sem gordura e ir aumentando gradualmente até atingir a dose diária de 25-30gr (equivalente a 1 colher de sopa).

Fruta: Oferecer uma peça de fruta de cada vez, como sobremesa, crua, cozida ou assada. Dar sob a forma de purê se cozida ou assada e triturada se crua.

Primeiros frutos: maçã, banana e pêra. Pode introduzir-se também papaia, pera-abacate e manga aos 6/7 meses.

7 meses

Peixe: Adicionar primeiro o peixe magro na sopa (pescada, linguado, solha ou faneca) e só depois dos 10 meses o peixe gordo (salmão, atum e bacalhau). Iniciar com porções de 10gr de peixe, fresco ou congelado, e aumentar progressivamente até atingir a dose diária de 25-30gr (equivalente a 1 colher de sopa).

8 meses

Aumentar gradualmente a consistência dos alimentos, não triturar a carne/peixe junto com a sopa. Iniciar o 2º prato, adicionando a carne ou o peixe preparados com batata esmagada, açorda e, posteriormente, arroz branco ou massa, cozidos e acompanhados sempre com legumes. Oferecer pão em pequenas quantidades.



9 meses

Gema de ovo: introduzir de forma lenta e progressiva—1/2 gema por refeição/semana durante 2 a 3 semanas. A seguir passa a 1 gema por refeição/semana. Posteriormente, oferecer 1 gema de ovo, até 2 a 3 vezes por semana. Na refeição que se coloca a gema não se deve colocar carne nem peixe.

Iogurte: oferecer ao lanche 1 iogurte natural, sem aromas ou açúcar, em alternativa ao leite ou papa. Pode adicionar.

Leguminosas: podem iniciar-se as leguminosas sempre bem demolhadas e, inicialmente, sem casca e em pequena quantidade. Iniciar pelo feijão frade, feijão branco ou preto e lentilha.



APÊNDICE 13

Folheto elaborado para o Serviço de Neonatologia



Atenção!

Privilegie o Aleitamento Materno!

O seu bebé pode e deve iniciar a diversificação alimentar tal como os restantes bebés!

Consulte o seu Enfermeiro de Família e respetivo médico caso pretenda que o seu bebé/criança/adolescente adote uma alimentação alternativa ou esteja a pensar adotar!

Recorra ao seu Enfermeiro de Família, sempre que necessário, ele poderá ajudá-lo!

Uma alimentação saudável é a base do meu bem-estar!
E o meu bem-estar é a base da minha felicidade!



- Realizado por: Ana Valeriano, nº 19340
- Enfermeira Orientadora: Enf^a Especialista em Enfermagem de SIP Maria Rita Silva
- Professora Orientadora: Docente Margarida Malcata

Referências Bibliográficas:

- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Vieira, A. & Navolar, T. (2018). Alimentação para bebés e crianças vegetarianas até 2 anos de idade—guia alimentar para a família. Sociedade Vegetariana Brasileira. Departamento de Saúde e Nutrição.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



O leite materno e as dietas alternativas!



O leite materno!



O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções.

Vantagens para o bebé:

- Previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias;
- Possui efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca;
- Contribuiu para uma melhor adaptação a outros alimentos;
- **Longo prazo:** prevenção da diabetes e de linfomas.

O leite da mãe vegetariana & vegana

Composição: não existem diferenças significativas.

Nutrientes influenciados: vitaminas A, D, E, K, C e o complexo B.

Atenção especial: Vitamina B12 (só está presente em alimentos de origem animal) - necessidade de suplementação da mãe ou do bebé.

Atenção especial: Baixos níveis de ómega 3 em mães vegetarianas— deverá consumir fontes de ómega 3 (óleos de linhaça e chia, sementes de linhaça e chia, nozes) ou recorrer à suplementação.

Vitamina D: recomendado suplementação desde o nascimento para todas as crianças vegetarianas ou não.



Uma dieta vegetariana bem planeada pode conduzir a um crescimento e desenvolvimento normais em crianças/adolescentes!

APÊNDICE 14

Folheto elaborado para o SUP



Atenção !

Privilegie o Aleitamento Materno!

O seu bebé pode e deve iniciar a diversificação alimentar tal como os restantes bebés!

Consulte o seu Enfermeiro de Família e respetivo médico caso pretenda que o seu bebé/criança/adolescente adote uma alimentação alternativa ou esteja a pensar adotar!



Uma alimentação saudável é a base
do meu bem-estar!
E o meu bem-estar é a base da
minha felicidade!



- Realizado por: Ana Valeriano, nº 19340
- Enfermeira Orientadora: Enfª Especialista em Enfermagem de SIP Rute Trigo
- Professora Orientadora: Docente Margarida Malcata

Referências Bibliográficas:

- DCS. (2016). Alimentação Vegetariana em Idade Escolar. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde.
- DCS. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos. Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



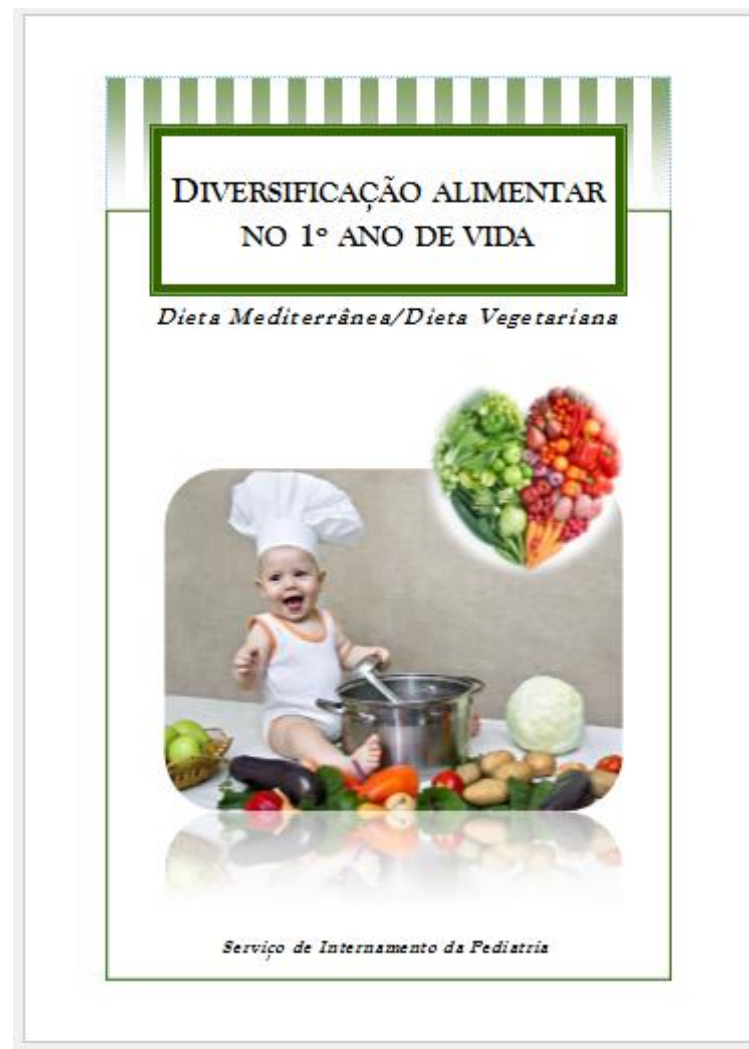
Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica





APÊNDICE 15

Guia alimentar elaborado para o Serviço de Internamento de Pediatria



ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a ESPGHAN recomendam o aleitamento materno em exclusivo até aos 6 meses.

O aleitamento materno é recomendado como complemento até aos 2 anos de idade ou mais.



Atenção!

Na ausência de leite materno ou quando este não é suficiente para suprir as necessidades energéticas e nutricionais do bebé deverá ser introduzida uma fórmula infantil (FI).

Página 2

QUANDO INTRODUIZIR NOVOS ALIMENTOS?

A introdução de novos alimentos acontece quando o leite materno apenas, já não é suficiente para suprir as necessidades nutricionais do bebé.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) recomenda a introdução de novos alimentos entre os 4-6 meses de vida.

É desejável manter a amamentação ou o leite artificial durante a introdução de novos alimentos.



Página 3

6 MESES

Papa

- 4 meses: deverá iniciar a 1ª papa sem glúten.
- 6 meses: já pode fazer papa com glúten (mistura de cereais).

Pode ser papa láctea (preparar com água) ou não láctea (preparar com leite materno ou com leite artificial). Devem ser enriquecidas com ferro. Uma refeição deve corresponder a cerca de 30 a 50gr de farinha e deve constituir uma refeição por dia.

Regime Vegetariano

A introdução das papas pode ser a 1ª opção ou poderá ocorrer 2 a 3 dias após a introdução da sopa.

Podem conter quinoa, millet, bulgur, trigo-sarraceno, e aveia, para além dos cereais tradicionais.

Página 4

Sopa

- 1ª sopa deve ser puré de legumes. Permite o treino de sabores não doces.

A base da sopa deve ser com abóbora, batata, cenoura e gradualmente acrescentar cebola, alho francês, alface, couve-flor, courgette e brócolos, agrupados 4 a 5 ingredientes de cada vez. No final da cozedura dos legumes devem ser adicionados 5-7,5ml (1 colher de chá) de azeite a cada dose de sopa.

Fruta: Oferecer uma peça de fruta de cada vez, como sobremesa, crua, cozida ou assada. Dar sob a forma de puré se cozida ou assada e triturada se crua.

- Primeiros frutos: maçã, banana e pêra. Pode introduzir-se todos os frutos a partir dos 6/7 meses, inclusivamente os potencialmente alergénicos (kiwi, morango e maracujá).



Página 5

Carne: Adicionar na sopa, em 1º lugar, a carne de aves (frango e peru) e de seguida o borrego, coelho e vitela. Iniciar em porções de 10gr de carne sem gordura e ir aumentando gradualmente até atingir a dose diária de 25-30gr (equivale a 1 colher de sopa).



Peixe:

- Iniciar aos 7 meses.
- Adicionar primeiro o peixe magro na sopa (pescada, linguado, solha ou faneca) e só depois dos 10 meses o peixe gordo (salmão, atum e bacalhau). Iniciar com porções de 10gr de peixe, fresco ou congelado, e aumentar progressivamente até atingir a dose diária de 25-30gr (equivale a 1 colher de sopa).

Página 6

Regime Vegetariano

- As recomendações da sopa e fruta são também adaptadas e devem ser seguidas num regime alimentar vegetariano.
- A diferença deste tipo de regime alimentar para a alimentação mediterrânea é a introdução do peixe e carne que não são permitidos.

Particularidades:

- A partir dos 6 meses de vida, poderá ser introduzida na sopa, o tofu, como fonte de proteína vegetal, numa proporção de 30gr por dia.
- Deve ser utilizado de preferência o tofu fresco e natural (sem sabor), evitando as versões mais processadas (como os fumados, em frasco ou com sabores), uma vez que apresentam maiores teores de aditivos e sal.
- Podem ser oferecidos ao bebé numa única refeição principal (almoço) ou em dose dividida em duas refeições (almoço e jantar).

Página 7

8 MESES

- Aumentar gradualmente a consistência dos alimentos (juntar carne/peixe não triturado na sopa).
- Iniciar o 2º prato, adicionando carne ou peixe preparados com batata esmagada, açorda e, posteriormente, arroz branco ou massa, cozidos e acompanhados sempre de legumes. Oferecer pão em pequenas quantidades.



Página 8

9 MESES

Gema de ovo: introduzir de forma lenta e progressiva—1/2 gema por refeição/semana durante 2 a 3 semanas. A seguir passa a 1 gema por refeição/semana. Posteriormente, oferecer 1 gema de ovo, até 2 a 3 vezes por semana. Na refeição que se coloca a gema não se deve colocar carne nem peixe.

Iogurte: oferecer ao lanche 1 iogurte natural, sem aromas ou açúcar, em alternativa ao leite ou papa.

Leguminosas: podem iniciar-se as leguminosas sempre bem demolhadas e, inicialmente, sem casca e em pequena quantidade. Iniciar pelo feijão frade, feijão branco ou preto e lentilha.



Página 9



Regime Vegetariano

- A partir dos 7 meses, o tofu pode ser adicionado a preparados culinários, como farinha de pau, açorda, massa, arroz, quinoa, millet, bulgur, entre outros cereais, sempre devidamente cozinhados, acompanhado de legumes e hortaliças.
- Aos 7/8 meses poderão ser introduzidas as leguminosas. O consumo da ervilha, pelo seu razoável teor de proteínas e de sódio, deverá ser criterioso.
- Poderá ainda ser introduzida a proteína de cânhamo (máximo 1 colher de café/refeição pois apresenta elevado teor proteico: 78g de proteína/100g de produto), o gérmen de trigo e a levedura de cerveja (máximo 1 colher de café/refeição aos 8 meses e 1 colher de sobremesa/refeição aos 9 meses), de forma a enriquecer as sopas ou batidos.

Página 10



Regime Vegetariano

Logurte: a sua introdução, no caso dos bebés lactovegetarianos, ou o preparado de soja, no caso dos vegetarianos estritos, poderão ser introduzidos aos 8-9 meses, substituindo um lanche de papa de cereais ou de leite materno/leite artificial.

- Comparativamente à dieta mediterrânea do bebé, os frutos secos e as sementes poderão integrar a dieta a partir dos 9 meses, tal como o ovo, a partir dos 8 meses, no caso dos bebés ovovegetarianos ou ovolactovegetarianos.

Algas: alimento rico em proteínas, vitaminas e minerais, pelo que deve ser introduzida em pequenas quantidades a partir dos 9 meses, até 3/4 vezes por semana, e como complemento da sopa.

- Devem ser privilegiadas algas com baixo teor de iodo e sódio, como a *nori*, *wakame* e *arame*.
- Não oferecer alga *hijiki*: contém quantidade significativa de arsénio.

Página 11

12 MESES

Clara de Ovo: oferecer o ovo inteiro, na quantidade de 2 a 3 ovos por semana. Não adicionar carne ou peixe na refeição em que se coloca o ovo.

Leite: iniciar leite de vaca e derivados não ultrapassando os 500ml por dia.

Leguminosas: iniciar ervilha, grão e favas.



Página 12

Regime Vegetariano

- Posteriormente, aos 12 meses, poderá ser introduzido o *tempeh* (produzido através da fermentação dos grãos de soja) e o *seitan* (produzido a partir do glúten de trigo), ambos fontes de proteína vegetal, que podem ser cozidos com legumes e onde não se deverá adicionar molho de soja.

- A soja texturizada (granulada) não deverá ser utilizada na alimentação do bebé por se tratar de um alimento processado.



Página 13

IDADE SUPERIOR A 12 MESES

- A partir dos 12 meses deverá iniciarse a dieta familiar, respeitando o apetite da criança.
- Deve optar-se por produtos frescos, evitando os alimentos processados.
- Realizar refeições frequentes, em intervalos máximos de 3 horas de forma a garantir a ingestão adequada de energia.



Página 14

Regime Vegetariano

- As bebidas vegetais, como as bebidas de soja, amêndoa e aveia, entre outras, nunca deverão ser introduzidas antes dos 24 meses e só preferencialmente após os 36 meses, e nunca poderão substituir uma fórmula infantil.
- As bebidas de arroz nunca devem ser utilizadas antes dos 5 anos de idade, uma vez que contêm vestígios de arsénio inorgânico, considerado carcinogénico.
- Quando são oferecidas bebidas vegetais, devem ser oferecidas, apenas ocasionalmente, em versões simples e compostas por baixo teor de açúcar (< 5gr/100g de produto) e sem adição de chocolate ou baunilha, entre outros sabores, de forma a evitar a preferência da criança por bebidas doces.

Página 15

CONSIDERAÇÕES GERAIS



O que é que os meus pais me podem deixar fazer?

- Deixe que o seu bebé veja, cheire, toque nos alimentos e participe de forma ativa nas refeições;
- Procure apresentar ao bebé uma grande variedade de alimentos saudáveis, com diferentes consistências e texturas, até aos 12 meses de idade;
- As refeições sólidas devem ser oferecidas com uma colher, uma vez que um dos objetivos é estimular a mastigação;

Página 16

- Introduza um alimento novo a cada 3 a 5 dias, para facilitar a deteção de possíveis reações alérgicas ou intolerâncias;
- Ofereça porções adequadas à idade do bebé.
- Por vezes é necessário que o seu bebé prove um alimento mais de dez vezes, em ocasiões diferentes para que o aceite, pelo que é importante ter persistência;
- Aprenda a reconhecer e respeitar os sinais de fome e saciedade do bebé;
- Ofereça água várias vezes ao dia, de acordo com a sede do bebé. A água é considerada um alimento e deve ser oferecida quando se introduzem os alimentos;
- Comece a habituar o bebé a uma rotina de refeições, evitando oferecer alimentos fora das mesmas, para não prejudicar o seu apetite;

Página 17

- Faça das refeições momentos agradáveis de convívio e aprendizagem;
- A refeição proporciona um período privilegiado de interação, convívio e de aprendizagem social;
- A televisão deverá estar desligada, no momento das refeições.
- Caso queira que o seu bebé adote um regime alimentar vegetariano consulte o seu médico e enfermeiro;
- O vegetarianismo poderá, devidamente acompanhado, ser um regime alimentar tão seguro como a dieta mediterrânea, contudo poderá acarretar riscos, principalmente ao nível de desequilíbrios nutricionais e energéticos.



Página 18

IMPORTÂNCIA DA DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- Permite o desenvolvimento e crescimento da criança e preservação da saúde;
- Fornece aportes nutricionais indispensáveis à manutenção do estado de saúde;
- Ajuda ao amadurecimento gastrointestinal;
- Estimula o mecanismo de mastigação e deglutição;
- Permite a socialização da criança na família, contribuindo para o desenvolvimento da afetividade e do comportamento;
- Ajuda a criar bons hábitos alimentares para toda a vida;
- O gosto pelo doce é inato e a adesão ao ácido e amargo implicam aprendizagem.

Página 19



Este livro foi baseado no folheto “Diversificação Alimentar no primeiro ano de vida” elaborado por Dina Morganheira, em 2018, no âmbito do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

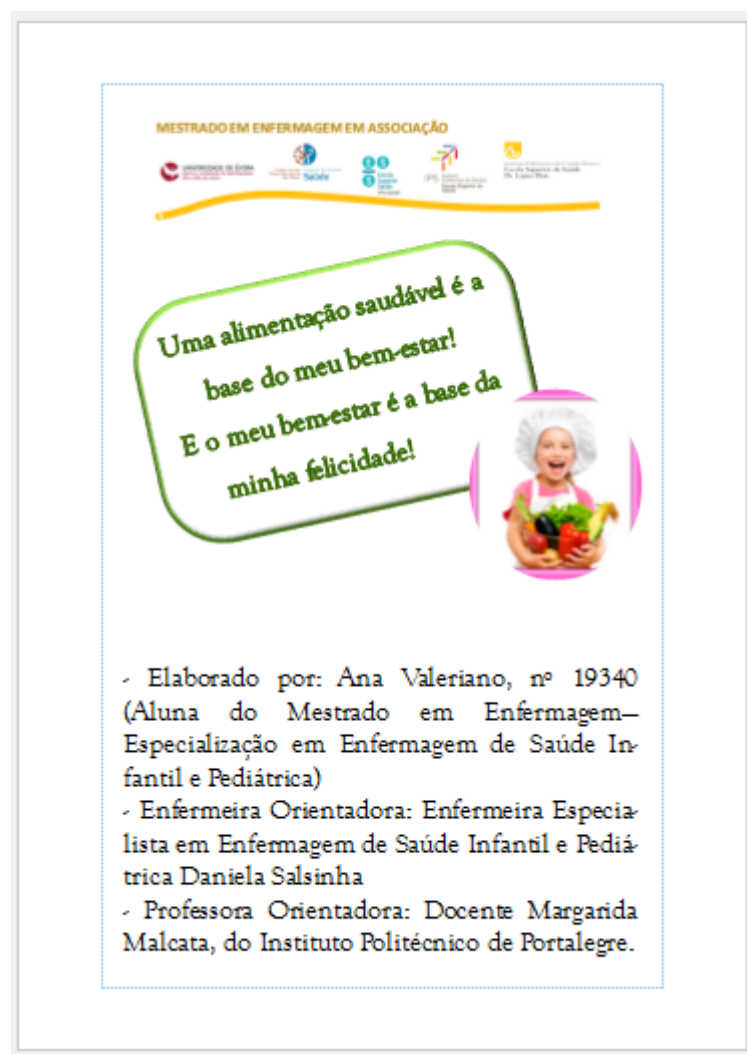
Fonte: Repositório Digital de Publicações Científicas da Universidade de Évora—“Controlo da dor em procedimentos com agulha no primeiro ano de vida: Intervenções não farmacológicas.”

Página 20

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guerra, A; Rêgo, C; Silva, D; Ferreira, G; Mansilha, H; Antunes, H; & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria. 43(2):S17-S40. Acedido a 4 de Dezembro de 2019. Disponível em: https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf
- Pimentel, D; Tomada, I; & Rêgo, C. (2018). Alimentação Vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. Acta Portuguesa de Nutrição. Associação Portuguesa de Nutrição. 10-17. Acedido a 10 de Outubro de 2019. Disponível em: http://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2018/11/03_Alimenta%C3%A7%C3%A3o-vegetariana-nos-primeiros-anos-de-vida-considera%C3%A7%C3%B5es-e-orienta%C3%A7%C3%B5es.pdf

Página 21



APÊNDICE 16

Dados extraídos dos questionários de avaliação das sessões de formação: USF, SUP e
Serviço de Internamento de Pediatria

Dados extraídos da USF – Formação realizada a 18 de Junho de 2019

A. Avaliação Global

	1	2	3	4
Pergunta:		%		%
1. De uma forma geral a sessão de formação agradou-lhe:	0	0%	0	0%
2. A dieta vegetariana inclui carne e pescado, e seus derivados.	0	0%	0	0%
3. A dieta vegetariana pode incluir produtos como ovos e laticínios.	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Satisfatória; 4 – Totalmente

B. Conteúdos

	1	2	3	4
Pergunta:		%		%
4. O nível de conhecimentos adquiridos foram:	0	0%	0	0%
5. A pertinência do tema abordado foi:	0	0%	0	0%
6. A utilidade do tema abordado foi:	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada Adequado; 2 – Pouco Adequado; 3 – Adequado; 4 – Totalmente Adequado

C. Desempenho da Formadora

	1	2	3	4
Pergunta:		%		%
7. O domínio da matéria lecionada foi:	0	0%	0	0%
8. A seleção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:	0	0%	0	0%
9. A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:	0	0%	0	0%
10. O esclarecimento de dúvidas foi:	0	0%	0	0%
11. A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:	0	0%	0	0%
12. A duração da sessão de formação foi:	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada Adequado; 2 – Pouco Adequado; 3 – Adequado; 4 – Totalmente Adequado

D. Organização

	1	2	3	4
Pergunta:		%		%
13. A qualidade e adequação das instalações e equipamentos foi:	0	0%	0	0%
14. A condição física (salas, acessibilidades) foi:	0	0%	0	0%
15. O horário da sessão de formação foi:	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada Adequado; 2 – Pouco Adequado; 3 – Adequado; 4 – Totalmente Adequado

Dados extraídos do SUP – Formação realizada a 6 de Novembro de 2019

A. Avaliação Global

	1		2		3		4	
Pergunta:		%		%		%		%
1. De uma forma geral a sessão de formação agradou-lhe:	0	0%	0	0%	1	12,5%	7	87,5%
2. A dieta vegetariana inclui carne e pescado, e seus derivados.	0	0%	0	0%	1	12,5%	7	87,5%
3. A dieta vegetariana pode incluir produtos como ovos e laticínios.	0	0%	0	0%	1	12,5%	7	87,5%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Satisfatória; 4 – Totalmente

B. Conteúdos

	1		2		3		4	
Pergunta:		%		%		%		%
4. O nível de conhecimentos adquiridos foram:	0	0%	0	0%	4	50%	4	50%
5. A pertinência do tema abordado foi:	0	0%	0	0%	3	37,5%	5	62,5%
6. A utilidade do tema abordado foi:	0	0%	0	0%	3	37,5%	5	62,5%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada Adequado; 2 – Pouco Adequado; 3 – Adequado; 4 – Totalmente Adequado

C. Desempenho da Formadora

	1		2		3		4	
Pergunta:		%		%		%		%
7. O domínio da matéria lecionada foi:	0	0%	0	0%	2	25%	6	75%
8. A seleção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:	0	0%	0	0%	1	12,5%	6	75%
9. A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:	0	0%	0	0%	2	25%	6	75%
10. O esclarecimento de dúvidas foi:	0	0%	0	0%	2	25%	6	75%
11. A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:	0	0%	0	0%	1	12,5%	7	87,5%
12. A duração da sessão de formação foi:	0	0%	0	0%	1	12,5%	7	87,5%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada Adequado; 2 – Pouco Adequado; 3 – Adequado; 4 – Totalmente Adequado

D. Organização

	1	2	3	4
Pergunta:		%		%
13. A qualidade e adequação das instalações e equipamentos foi:	0	0%	0	0%
14. A condição física (salas, acessibilidades) foi:	0	0%	0	0%
15. O horário da sessão de formação foi:	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada Adequado; 2 – Pouco Adequado; 3 – Adequado; 4 – Totalmente Adequado

Dados extraídos do Serviço de Internamento de Pediatria – Formação realizada a 10 de Dezembro de 2019

A. Avaliação Global

	1		2		3		4	
Pergunta:		%		%		%		%
1. De uma forma geral a sessão de formação agradou-lhe:	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%
2. A dieta vegetariana inclui carne e pescado, e seus derivados.	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%
3. A dieta vegetariana pode incluir produtos como ovos e laticínios.	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Satisfatória; 4 – Totalmente

B. Conteúdos

	1		2		3		4	
Pergunta:		%		%		%		%
4. O nível de conhecimentos adquiridos foram:	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%
5. A pertinência do tema abordado foi:	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%
6. A utilidade do tema abordado foi:	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada Adequado; 2 – Pouco Adequado; 3 – Adequado; 4 – Totalmente Adequado

C. Desempenho da Formadora

	1		2		3		4	
Pergunta:		%		%		%		%
7. O domínio da matéria lecionada foi:	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%
8. A seleção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%
9. A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%
10. O esclarecimento de dúvidas foi:	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%
11. A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados foi:	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%
12. A duração da sessão de formação foi:	0	0%	0	0%	0	0%	15	100%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada Adequado; 2 – Pouco Adequado; 3 – Adequado; 4 – Totalmente Adequado

D. Organização

	1	2	3	4
Pergunta:		%		%
13. A qualidade e adequação das instalações e equipamentos foi:	0	0%	0	0%
14. A condição física (salas, acessibilidades) foi:	0	0%	0	0%
15. O horário da sessão de formação foi:	0	0%	0	0%

% - Percentagem de Respostas;

1 – Nada Adequado; 2 – Pouco Adequado; 3 – Adequado; 4 – Totalmente Adequado

APÊNDICE 17

Estudo de Caso

1. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO DE CASO

Um estudo de caso pode ser uma valiosa ferramenta, que procura estratégias facilitadoras para a aprendizagem, tratando-se de um caso obtido por meio de uma detalhada colheita de dados, que envolve diversas fontes de informação, e que devem ser relevantes para a tomada de decisão. A nível prático, o seu valor é promover a oportunidade de examinar uma situação da vida real, a partir da qual o estudante poderá discutir a causa específica do problema, a sua prevenção e sugerir possíveis soluções com o intuito de resolver o dito problema (Freitas & Carmona, 2011).

O desenvolvimento do presente estudo de caso ocorre pela relação estabelecida entre a criança e a sua família com os cuidados de saúde primários, nomeadamente a USF de [REDACTED], local onde são utentes e onde a família se integra. A seleção da família para este estudo ocorreu em consonância com a Enfermeira Orientadora, Enfermeira EESIP, sendo que a família selecionada recorre regularmente à USF.

Sendo assim, o presente estudo de caso foi estruturado tendo por base as diversas etapas do Processo de Enfermagem (PE). Este, por sua vez “pode ser descrito como um instrumento utilizado para as ações do cuidado”, e é através dele que o enfermeiro compreende os problemas de saúde, planeia, implementa as ações e avalia os resultados (Souza, Santos & Monteiro, 2013:168). Para além disso, foi ainda utilizado o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF).

1.1. APRECIÇÃO INICIAL

Seguindo a linha do PE, o desenvolvimento deste estudo de caso inicia-se pela apreciação inicial da família e da criança em estudo. Esta fase é extremamente importante para o desenvolvimento do estudo de caso, pois consiste na colheita de dados, com o objetivo de investigar, profundamente a pessoa ou o local em estudo, pelo que deverá ser realizada utilizando diversas “fontes de informação (entrevista, observação, exame físico, prontuário do paciente, familiares)” (Galdeano, Rossi & Zago, 2003:374). Desta forma, após a colheita de dados será possível formular os diagnósticos de enfermagem específicos para a família e criança em estudo, bem como posteriormente elaborar o planeamento das intervenções que serão realizadas com a família estudada, pois “a apreciação é um processo contínuo que atua em todas as fases de resolução de problemas e é a base para a tomada de decisão” (Hockenberry & Wilson, 2014:17).

Na sua prática, a colheita de dados que permitiu a execução deste estudo de caso, incidiu na realização de uma entrevista aberta à mãe da criança (o pai não pode estar presente por se encontrar a trabalhar), na observação da relação entre a mãe e a criança, bem como na avaliação da mesma em Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Foram ainda recolhidos alguns dados relativos aos membros da família no programa informático SClinico® e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil da Criança, sendo que estes foram extraídos no primeiro contacto com esta família.

De forma a tornar-se um fio condutor para uma colheita de dados eficaz foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice I) à mãe, que se baseou no MCAF e nas suas categorias e subcategorias, pois nesta “fase, é importante que se construa um instrumento de coleta de dados, para servir de guia de orientação para o profissional, permitindo o direcionamento e o registro das observações realizadas e assegurando que não sejam omitidos dados considerados essenciais para investigar e explorar o que se deseja” (Galdeano, Rossi & Zago, 2003:374).

Ainda nesta fase, procedeu-se à realização de um consentimento informado (Apêndice II), que tem como objetivo informar a mãe da criança em estudo acerca da colheita de dados realizada, bem como dos seus objetivos. Uma vez informada, esta deu consentimento para a recolha dos dados de forma escrita.

1.1.1. AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

A família assume uma estrutura dinâmica alvo de diversas transformações, embora a estrutura familiar dependa das particularidades, especificidades e demografia dos membros que a constituem, influenciando assim o estado de saúde familiar, isto porque “a família deve ser considerada como um todo, enquanto objecto de prestação de cuidados de saúde” (Pires, 2016).

Desta forma, é necessário compreender a dinâmica familiar e a relação que estabelece com o meio envolvente e comunidade em que se insere, com o intuito de compreender as capacidades e dificuldades dos pais/cuidadores, pois “a avaliação familiar é a recolha de dados sobre a composição da família e os relacionamentos entre os seus membros” (Hockenberry & Wilson, 2014:136). Com isto é possível identificar áreas emergentes onde o EEESIP possa intervir, pois “os profissionais de saúde e em especial os enfermeiros constituem-se como aliados privilegiados no apoio às famílias com necessidades de cuidados e na adaptação ao processo de saúde-doença” (Rodrigues, 2013:33).

Sendo assim, para a realização deste estudo de caso recorreu-se como guia ao Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), considerado uma estrutura multidimensional, integrada e com base em sistemas, cibernética, comunicação e fundamentos teóricos de mudança (Wright & Leahey, 2009), que permite “avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema. Baseado numa perspectiva multidimensional da família, esse modelo integra as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, cada uma delas dividida em categorias e subcategorias” (Figueiredo & Martins, 2010:553).

Desta forma, torna-se extremamente importante, a avaliação estrutural da família por parte do enfermeiro, devendo com isto realizar uma avaliação interna (estrutura interna), externa (estrutura externa) e contextual da família em estudo. Estas avaliações consistem em identificar quem faz parte da família, os vínculos afetivos dentro da mesma e exterior à mesma, ou seja, o seu contexto (Wright & Leahey, 2009).

Analisando a família em estudo no que diz respeito à sua avaliação interna (estrutura interna), esta é composta por quatro elementos – um casal heterossexual, casados, com um primeiro filho e mais recentemente o bebé L.S. de 4 meses de idade – tratando-se por isso de uma família nuclear, constituída pelos dois pais e pelos dois filhos, não existindo outros familiares presentes no agregado familiar.

O pai, Sr. J. S., de 37 anos, do sexo masculino, natural do [REDACTED] (veio para Portugal em 2007 à procura de um estilo de vida que lhe conferisse uma maior autonomia económica), com o 9º ano de escolaridade, apresenta uma empresa por conta própria de construção civil. Desta forma, passa grande parte do dia fora de casa, em trabalho, tendo folgas apenas ao fim-de-semana, que aproveita para estar com a família. Não apresenta antecedentes pessoais relevantes, pelo que não faz medicação habitual. Relativamente a antecedentes familiares não existem até ao momento história de patologias relevantes.

A mãe, Srª N.S., de 30 anos de idade, do sexo feminino, é natural de [REDACTED], refere como habilitações literárias o 9º ano de escolaridade, sendo que atualmente se encontra desempregada (segundo a mesma assim que a empresa de costura onde trabalhava soube da sua gravidez foi automaticamente despedida). Não apresenta antecedentes pessoais relevantes, no entanto indica apenas como medicação habitual a toma de pílula contraceptiva. Relativamente a antecedentes familiares refere que a sua mãe apresenta Hipertensão Arterial [HTA] e Diabetes *Mellitus* tipo II.

O irmão mais velho, o I.S., de 9 anos de idade, do sexo masculino, natural de [REDACTED], encontra-se atualmente a frequentar o 4º ano de escolaridade na Escola Básica de [REDACTED], e segundo a mãe é bom aluno. Não apresenta antecedentes pessoais relevantes, tendo sido até agora uma criança saudável.

O bebé L.S., do sexo masculino, de 4 meses de idade no momento da colheita de dados, natural de [REDACTED], nasceu no dia 28 de Janeiro de 2019, no [REDACTED], E.P.E, em [REDACTED], às 40 semanas e 5 dias de gestação, com 3.270 kg, 48.6 cm de comprimento e 36 cm de perímetro cefálico, por parto distócico (cesariana – segundo a mãe, apesar de estar 16 horas a induzir o parto esta não realizou a dilatação), sem intercorrências. Índice de Apgar 10 ao primeiro minuto e 10 ao quinto minuto. A gravidez foi vigiada pelo médico de família da USF, num total de 11 consultas, sem intercorrências durante todo o período.

Aquando do momento da colheita de dados e apreciação inicial foi possível aferir que existe uma relação com vínculo forte entre os elementos que constituem o agregado familiar, com partilha das tarefas diárias. Apesar de o pai não ter estado presente nesta consulta de vigilância de saúde infantil, e apesar de trabalhar várias horas por dia e se encontrar ausente durante quase todo o dia, é segundo a mãe um pai muito presente, que além de auxiliar a mãe nas tarefas diárias da casa, ainda a auxilia nas tarefas de cuidar do bebé, como na alimentação, higiene e promoção de sono e repouso da criança. O irmão, apesar de ainda ser uma criança pequena, é segundo a mãe uma criança muito responsável e que também está presente nas atividades de casa, com tarefas simples, como por exemplo fazer a sua cama, mas particularmente e desejavelmente nas atividades relacionadas com o irmão, nomeadamente nas brincadeiras diárias, referindo “*assim que chega a casa da escola, o irmão está a brincar no tapete e ele deita-se logo e não larga o irmão por nada*” (sic). Assim, aos fins-de-semana, como possuem mais tempo livre realizam atividades em conjunto, promovendo momentos de partilha e de brincadeira entre os quatro, o que contribui para um crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

Além de todas as informações recolhidas foi possível observar que existe uma relação de díade mãe-bebé muito forte. Como o pai e o irmão mais velho não estiveram na consulta não foi possível observar o seu comportamento, no entanto a partir das afirmações da mãe e de acordo com algumas informações recolhidas junto da médica de família e da enfermeira de família deste agregado familiar, é possível concluir que são uma família muito unida, com uma relação entre os quatro muito forte, alicerçada em sentimentos de carinho e de proteção, baseando a sua relação no respeito mútuo.

Relativamente à avaliação da estrutura externa da família inclui duas subcategorias, a família extensa – informações sobre a origem e procriação da família e atual geração e os sistemas mais amplos – que se referem a diferentes instituições sociais e pessoas com as quais a família tem algum contacto e que funcionam como apoios pontuais (Wright & Leahey, 2009); (Radovanovic, Cecilio & Marcon, 2013).

No que concerne à família em estudo, foi possível apurar que relativamente à família extensa existe uma ligação forte com os avós maternos, que vivem muito perto desta família, e que por isso se encontram muito presentes nas suas vidas e nas tarefas diárias, pelo que são uma figura de suporte e de apoio sempre que necessário. Durante a entrevista foi referido que a família extensa paterna vive distante, no Brasil, pelo que apenas realiza poucas ou quase nenhuma visitas periódicas à família em estudo, pelo que não possui capacidade para funcionar como uma rede de apoio e suporte.

Relativamente aos sistemas mais amplos, e especificamente aos sistemas de saúde, foi possível apurar que a família apresenta uma excelente relação com a sua unidade local de saúde – USF [REDACTED] – tanto com a médica de família como com a enfermeira de família, onde recorre regularmente, e de onde procura apoio e suporte técnicos para as tomadas de decisão que contribuem para o normal crescimento e desenvolvimento tanto do filho mais velho, como agora do bebé L.S. Ainda relacionada com esta subcategoria, foi questionado à mãe a possível entrada do bebé L.S. para o sistema educativo – creche – tendo a mesma referido que atualmente como está desempregada ele fica consigo diariamente, no entanto a partir de Setembro estão a ponderar a possibilidade de ele integrar o sistema educativo público.

Outro facto que é de extrema importância para a avaliação da família em estudo é a análise do contexto em que esta se insere. “O contexto permeia e circunscreve o individuo e a família, visto que cada sistema familiar está abarcado em sistemas mais amplos sendo influenciados por eles. Inclui cinco subcategorias: etnia, raça, classe social, religião/espiritualidade e ambiente” (Radovanovic, Cecilio & Marcon, 2013:46).

Em relação à família em estudo, três dos seus membros possuem nacionalidade Portuguesa à exceção do Sr. J.S. que possui dupla nacionalidade (Luso-brasileiro). As diferenças étnicas na estrutura familiar e as suas implicações devem de ser destacadas para a intervenção, pois lidar com diferenças culturais é uma questão de coerência entre a validação das diferenças entre nós e avaliação das forças comuns da humanidade, pelo que a etnia se constitui como um fator extremamente importante pois influencia a interação familiar (McGoldrick, 1982 citado por Wright & Leahey, 2009).

Todos os membros da família são de raça caucasiana e residem em [REDACTED], no distrito de Évora, numa habitação arrendada. A raça faz a interseção com as diversas variáveis, como a classe, religião e etnia (Wright & Leahey, 2009).

Esta família considera pertencer à classe social média, pois tanto a Sr^a N.S. como o Sr. J.S. referem conseguir gerir o seu orçamento familiar, atendendo às necessidades, assegurando assim uma boa qualidade de vida (Anexo II). A classe social molda os resultados educacionais, de renda e ocupacionais, sendo assim, afeta o modo pelo qual os indivíduos da

família se definem e são definidos; como se acarinham, como organizam a sua vida diária e como respondem aos desafios, lutas e crises (Wright & Leahey, 2009).

De acordo com as informações apuradas aquando da entrevista de colheita de dados, foi possível averiguar que a habitação reúne todas as condições básicas necessárias, tratando-se de uma habitação térrea, com saneamento básico e eletricidade, classificada como categoria T3 com presença de três quartos, duas casas de banho, uma cozinha, uma sala, um terraço e uma garagem. Para além disto, foi possível constatar que a família se encontra perfeitamente adaptada ao local onde residem, encontrando-se integrados na comunidade local. Foi ainda referido que possuem um vínculo forte com os vizinhos e com os amigos, pelo que estes integram a sua rede de apoio. Os fatores ambientais, tais como a adequação do espaço, privacidade e acesso a escolas, creches e transportes públicos, influenciam o funcionamento das famílias (Wright & Leahey, 2009).

No que diz respeito à religião/espiritualidade foi referido pela Sr^a N.S. que ambos são católicos embora não sejam praticantes. A religião influencia as crenças sobre determinadas doenças e adaptação (Wright & Leahey, 2009).

Foram utilizados alguns instrumentos para a avaliação estrutural, que permitiram realizar o estudo da família em questão e que têm como objetivo proceder a uma avaliação, planeamento e intervenção junto da mesma. Desta forma, foram utilizados o Genograma e o Ecomapa que são instrumentos de fácil utilização e que possibilitam estabelecer as linhas estruturais internas e externas das famílias (Wright & Leahey, 2009). São instrumentos rotineiramente utilizados por profissionais de diversas áreas, nomeadamente para compreender os processos familiares, ou seja, são instrumentos extremamente importantes pois constituem recursos para avaliar a composição familiar e as interações que ocorrem entre os membros da família e fora dela (Nascimento, Dantas, Andrade & Mello, 2014).

O Genograma tem sido um instrumento utilizado como forma eficiente de obter dados sobre a composição familiar (Muniz & Eisenstein, 2009:73), permitindo “de uma forma rápida e clara, visualizar quais são os membros que constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não, identificando a idade, a ocupação, a profissão e a escolaridade de cada pessoa, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar” (Nascimento, Dantas, Andrade & Mello, 2014:212). Assim, foi elaborado um genograma da família em estudo, conforme consta na figura abaixo, que permite visualizar a estrutura familiar onde o recém-nascido (RN) em estudo se encontra integrado.

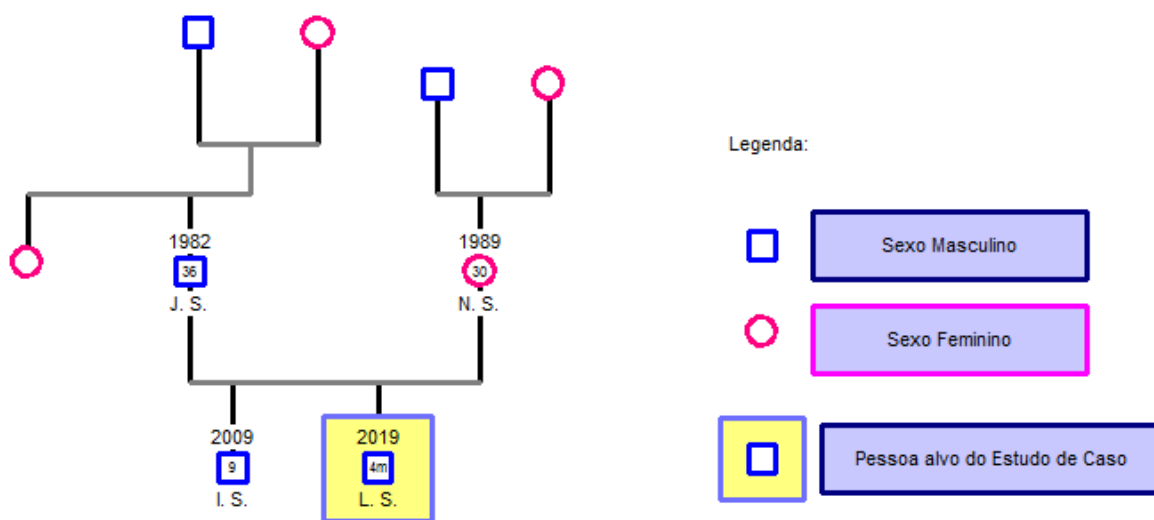


Figura 1- Genograma da família em estudo

Por sua vez, “o Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e auxiliar na avaliação dos apoios disponíveis e a sua utilização pela família” (Nascimento, Dantas, Andrade & Mello, 2014:212).

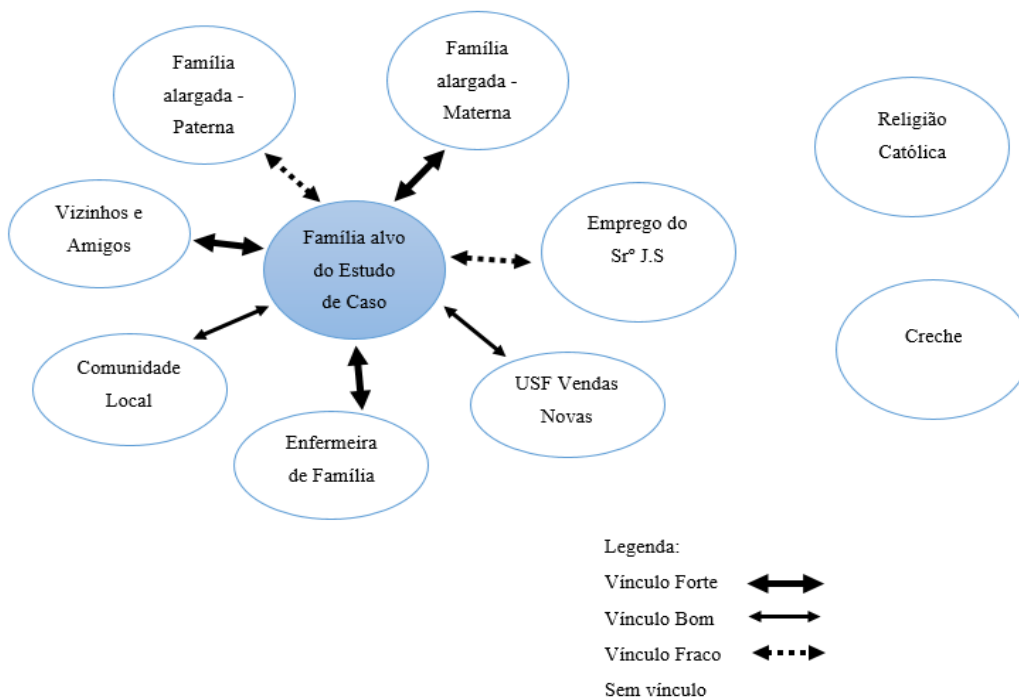


Figura 2 – Ecomapa da família em estudo

Quando se efetua uma análise ao Ecomapa realizado conclui-se que esta família possui um vínculo forte com a família alargada da parte materna, com os vizinhos e amigos e com a enfermeira de família. Posteriormente revelam ter um vínculo bom com a comunidade local onde se encontram integrados e participam ativamente e com a USF [REDACTED], local onde recorrem sempre que necessitam, especialmente nesta fase crucial de crescimento e desenvolvimento dos filhos. Por outro lado, numa relação ténue encontram-se a família alargada da parte paterna que vive distante, no Brasil e por isso não consegue fornecer o apoio e suporte necessários e o emprego do Srº J.S. que apesar de ser uma empresa sua é algo que o leva a estar diversas horas fora de casa e a dispensar certas oportunidades de estar com a sua família, pois é um trabalho que exige muito de si.

Considerou-se ainda extremamente importante analisar a categoria do desenvolvimento da família, de acordo com o MCAF, especificamente o estágio do ciclo vital da família. De acordo com Wright & Leahey (2009) o ciclo vital da família refere-se à trajetória característica que a maioria das famílias percorre como por exemplo a entrada e/ou saída de membros da família. Desta forma, verificou-se que esta família se encontra no estágio três de desenvolvimento - Família com filhos pequenos – relacionado com a aceitação de novos membros na família – neste caso em particular o nascimento do L.S.

Nesta fase, o processo central deste estágio relaciona-se com a aceitação de novos membros da família, procedendo-se a uma adequação do sistema familiar de forma a dar espaço aos filhos, havendo uma participação nas tarefas de cuidar das crianças, financeiras e de apoio doméstico por parte do casal (Carter & McGoldrick, 1999); (Wright & Leahey 2009). Da entrevista realizada à mãe foi possível aferir que o casal se encontra bem adaptado ao novo ciclo vital, estabelecendo entre si uma relação harmoniosa. Apresentam um vínculo forte e estabelecem uma excelente relação entre ‘pai – mãe – I.S. – bebé L.S.’, bem como uma partilha de tarefas e responsabilidades, quer relacionadas com o bebé e o I.S., quer com o ambiente doméstico e familiar em geral.

1.1.2. AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

A criança é um ser em constante crescimento e desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social (DGS, 2013:57) desde o momento do nascimento, sendo que “em nenhuma outra altura da vida as mudanças físicas e as conquistas do desenvolvimento são tão acentuadas como durante a infância (Wright & Leahey 2009:492). Sendo assim, torna-se crucial que se proceda a uma constante vigilância de saúde, nomeadamente ao nível dos

parâmetros de crescimento – avaliação antropométrica, com recurso às curvas de crescimento que “são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento de crianças e de adolescentes” (DGS, 2013:43) – e dos restantes parâmetros de desenvolvimento como físico, cognitivo, motor, sensorial e relacional da criança, recorrendo à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, que “integra actualmente os programas informáticos utilizados nos CSP” nomeadamente o S-Clínico® na USF [REDACTED], que permite “um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seus amplos limites” (DGS, 2013:58).

Assim, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, mais especificamente na USF onde foi desenvolvida a colheita de dados que deu origem a este estudo de caso, o Enfermeiro EESIP desempenha um papel fundamental pois “a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil é um domínio do saber que tem de estar presente em todas as acções dos enfermeiros que interfiram de forma direta ou indireta com crianças. O impacto dos cuidados centrados no desenvolvimento da criança reflectem-se para toda a sua vida”, pelo que “é esperado que os enfermeiros, não só dominem e apliquem conhecimento científico dos diferentes domínios do desenvolvimento (físico, social, psicológico, cognitivo, moral, motor, etc.) como conheçam e intervenham nos seus determinantes” (Salvado, 2013:12).

Desta forma, o parágrafo anterior vai de encontro às competências do EEESIP, no sentido em que este “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Diário da República, 2ª série, 2018:19192).

Além da avaliação que o EEESIP realiza nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil deverá ainda aproveitar as consultas oportunistas a que o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) faz referência, pois “a detecção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objectivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários (CSP)” (DGS, 2013:57), isto porque “(...) o acompanhamento das aquisições do desenvolvimento deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo, à semelhança, aliás, do próprio processo maturativo da criança. Deverá ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família e não apenas nas denominadas idades-chave” (DGS, 2013:58).

Ainda assim, é extremamente importante que o EEESIP não descure o facto de “nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento” (DGS, 2013:58)., isto porque “a concretização do possível em real – no que se refere ao desenvolvimento das capacidades, faculdades e talentos de uma criança – depende de inúmeros fatores, entre os quais a qualidade da habitação, o ambiente familiar, os amigos, a escola, a personalidade, o grau de saúde e de nutrição e, igualmente, as oportunidades que lhe foram dadas (...)”. Por isso, nestes casos, os enfermeiros desempenham um papel fundamental neste processo, uma vez que lhes é possível “intervir no controlo do impacto dos fatores de risco, na prevenção primária, no diagnóstico e terapêutica precoces e no acompanhamento adequado da criança (...), bem como da sua família” (DGS, 2013:59).

Avaliação do Bebê L.S.

No que concerne ao bebê L.S., pessoa em que se incide este estudo de caso, aquando do primeiro contacto estabelecido, este apresentava quatro meses de idade.

Inicialmente, de forma a proceder a uma avaliação correta foi realizada uma anamnese da criança junto da mãe, pessoa que neste momento passa mais tempo com o bebê, pois só assim é possível recolher informações relevantes, tais como “ (...) todos os aspetos anteriores do estado de saúde da criança (...) como a história de nascimento, história detalhada da alimentação, vacinações, crescimento e desenvolvimento” (Hockenberry & Wilson, 2014:133).

O bebê L.S. nasceu no dia 28 de janeiro de 2019 no [REDACTED], E.P.E – [REDACTED], por parto distócico às 40 semanas e 5 dias de gestação, sem intercorrências, e segundo informação da mãe o parto teve de ser por cesariana uma vez que esta não apresentava dilatação suficiente para se proceder a uma parto eutócico. Neste caso, uma vez que o parto ocorreu às 40 semanas e 5 dias de gestação, tratou-se por isso de um bebê de termo. Após o nascimento apresentou imediatamente choro espontâneo e o Índice de Apgar foi de 10 ao 1º minuto e de 10 ao 5º minuto. O método mais utilizado frequentemente na avaliação imediata à vida extrauterina é o Índice de Apgar, sendo que o seu cálculo tem “por base a frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tônus muscular, a irritação reflexa e a coloração. Um resultado de 0 a 3 representa dificuldade grave; resultados entre 4 e 6 dificuldade moderada e; resultados de 7 a 10 indicam ausência de dificuldade na adaptação à vida extrauterina” (Hockenberry & Wilson, 2014:244-245). Neste caso, pode-se concluir que o bebê L.S. não apresentou dificuldades de adaptação à vida extrauterina.

Apresentou no momento do seu nascimento os seguintes dados antropométricos: peso de 3,270 kg, estatura de 48,6 cm e perímetro cefálico de 36 cm. Realizou ainda profilaxia com a vitamina K, de acordo com o que está padronizado, pois, o uso de vitamina K após o nascimento revela-se de extrema importância para a prevenção de hemorragias no recém-nascido (Figueiredo, Norton, Lamounier & Leão, 1998). Após o parto e segundo informação da mãe foi promovido o contacto pele a pele entre a mãe e o bebé na primeira hora de vida, bem como foi promovida a amamentação.

De acordo com as curvas de crescimento adotadas pelo PNSIJ, o bebé L.S. no momento do nascimento, encontrava-se entre o percentil 15 e o percentil 50 relativamente ao peso, no percentil 15 relativamente à estatura e entre o percentil 50 e o percentil 85 no que se refere ao perímetro cefálico.

Antes do momento da alta, foi administrada a primeira dose da vacina da Hepatite B (VHB), no dia 31 de janeiro de 2019, conforme consta no Plano Nacional de Vacinação (PNV), pois de forma a “diminuir a incidência do vírus da hepatite B (VHB) em crianças e as suas graves consequências (cirrose e cancro do fígado na vida adulta), recomenda-se a primeira de três doses da vacina VHB entre o nascimento e os 2 meses de vida, para todos os recém-nascidos (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014:267). Este bebé não foi vacinado com a imunização da tuberculose pois não apresenta os critérios definidos para a administração desta vacina. Realizou ainda em contexto hospitalar o rastreio auditivo neonatal e o rastreio das cardiopatias congénitas, que não revelaram alterações aparentes. Já em âmbito dos CSP, mais precisamente na USF [REDACTED] foi realizado o rastreio das doenças metabólicas – Teste do Pézinho - no dia 1 de fevereiro de 2019, ou seja, 4 dias após o nascimento, pela enfermeira de família.

Atualmente, com quatro meses de idade, e relativamente à avaliação antropométrica realizada, também em comparação com os dados registados no sistema informático SClinico® e no Boletim de Saúde do bebé L.S. foi possível verificar que este relativamente ao peso e estatura se mantém entre o percentil 15 e o percentil 50 e o perímetro cefálico se mantém igualmente entre o percentil 50 e o percentil 85. Sendo assim, apresenta atualmente um peso de 6,880 kg, uma estatura de 64 cm e um perímetro cefálico de 42 cm (Anexo I).

No que respeita à alimentação, a mãe revelou que ainda amamentou o L.S. durante os primeiros dois meses e meio de vida, e que durante esse tempo o bebé se adaptou muito bem à mama, com bons reflexos de sucção e deglutição. No entanto após estes primeiros meses iniciais, a mãe notou uma diminuição gradual do leite materno e uma vez que o bebé já não ficava satisfeito apenas com a mama teve de recorrer ao suplemento, tendo sido aconselhada previamente pela enfermeira e médica de família. Assim, fez leite artificial, Aptamil 1

exclusivamente até aos quatro meses de idade, altura em que iniciou a diversificação alimentar, neste caso começando pela introdução da sopa, de acordo com a indicação da médica e enfermeira de família. “A escolha de alimentos sólidos a introduzir primeiro é variável mas deve ir ao encontro das razões para a introdução de novos alimentos, tais como o fornecimento de nutrientes não encontrados no leite artificial ou no leite materno” (Hockenberry & Wilson, 2014:520), isto porque “todos os estudos apontam para um desenvolvimento adequado renal e gastrointestinal aos 4 meses que permite iniciar a diversificação nesta altura, assim como uma capacidade motora adequada” (Fewtrell, Bronsky, Campoy, Domellof, Emblemton, Mis, Hojsak, Hulst, Indrio, Lapillonne & Molgaard, 2017). A mãe relativamente à alimentação não apresenta dúvidas e quando questionada de como deverá agir esta responde corretamente às questões, uma vez que ainda se recorda de como se processou a diversificação alimentar do filho mais velho, o I.S. No entanto, foram reforçados os ensinamentos acerca da diversificação alimentar, tais como a primeira sopa deve ser apenas um puré de legumes, sendo que na sua base poderá conter abóbora, batata e cenoura e gradualmente acrescentar cebola, alho francês, alface, couve-flor, courgette e brócolos (embora mais recomendado a partir dos 6 meses de idade) e puré de fruta nomeadamente maçã, pera ou banana. Não se deve adicionar sal e a sopa deve ser dada à colher, isto porque “à medida que os lactentes se habituam à colher, aceitarão mais facilmente a comida e eventualmente abrirão a boca antecipadamente (ou mantê-la-ão fechada em sinal de desagrado)” (Hockenberry & Wilson, 2014:521).

Apesar de a mãe ser conhecedora de possíveis reações alérgicas foi ainda reforçada a necessidade de aquando a introdução de um alimento novo na alimentação do seu bebé ser a cada três a cinco dias, de modo a facilitar a deteção de possíveis reações alérgicas ou intolerâncias alimentares. “A introdução sucessiva dos diversos alimentos sólidos deverá efetuar-se de uma forma gradual e em pequenas quantidades” (Carrapatoso & Sarinho, 2007:296).

Sendo assim, e segundo informação da mãe o bebé realiza cerca de 5 refeições diárias. Neste momento ingere ainda apenas sopa de legumes ao almoço, cerca das 12 horas, e as restantes refeições são apenas de leite artificial, fazendo atualmente cerca de 180ml de leite por biberão, que o bebé ingere com satisfação, ficando saciado, sem ter havido até ao momento necessidade de aumentar a quantidade de leite.

Foi ainda nesta consulta de vigilância de saúde entregue dois folhetos que abordam a temática da diversificação alimentar, de modo a fornecer um suporte teórico à mãe. No entanto reforçou-se que quando surjam dúvidas deverá contactar a USF ou falar preferencialmente com a sua médica e/ou enfermeira de família.

O L.S. faz ainda suplementação com vitamina D. “Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde recomenda administração de vitamina D a todos os lactentes desde a primeira consulta até aos 12 meses” (Carvalho & Barge, 2011:303).

Relativamente aos hábitos diários de sono e higiene, a mãe do bebé L.S. refere que este dorme cerca de 9 a 10 horas por noite, a maioria das vezes continuamente. Realiza ainda uma sesta após o período do almoço que dura em média 2 a 3 horas por dia. “Os padrões de sono variam nos lactentes (...), de um modo geral, aos 3 a 4 meses a maior parte dos lactentes desenvolveu um padrão noturno de sono que dura entre 9 a 11 horas. O tempo total diário de sono é de aproximadamente 15 horas” (Hockenberry & Wilson, 2014:523).

No que concerne aos hábitos de higiene a Sr^a N.S. refere que realiza um banho diário ao bebé L.S., que normalmente ocorre no fim do dia, pois segundo ela favorece a preparação para o descanso noturno. Neste momento ainda não realiza higiene oral ao seu bebé, uma vez que este ainda não apresenta peças dentárias visíveis.

Relacionado com a temática da vacinação, constatou-se que a mãe possui conhecimentos sólidos acerca da importância do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV). Através da observação direta do boletim de vacinas do bebé L.S. e das informações presentes no SClínico®, foi possível verificar que o bebé L.S. apresenta um esquema vacinal atualizado, tendo sido administradas todas as vacinas pertencentes ao PNV, de acordo com o tempo estipulado para tal. Durante a consulta de vigilância dos 4 meses foram realizadas duas vacinas: a DTPaHibVip (vacina contra difteria, tétano, tosse convulsa, infeções por *Haemophilus influenzae* b e poliomielite) e a Pn13 (vacina contra infeções por *Streptococcus pneumoniae*) (DGS, 2017) de acordo com o programa, sem intercorrências aparentes. A mãe questionou sobre a realização da vacina contra a Meningite B (Bexsero) – vacina extra plano - pois considera de extrema importância que o seu bebé a realize pois refere “muito medo destas doenças” (sic), tendo-lhe sido fornecida todas as informações e a respetiva receita para a compra da vacina. Referiu ainda não querer que o seu bebé realize a vacina do Rota-vírus – vacina extra plano – por também ser muito dispendiosa e não ter condições económicas para poder comprar as duas vacinas extra PNV.

Assim, o bebé L.S. deverá realizar as próximas vacinas do PNV aos 6 meses, sendo que uma vez que a mãe se mostrou interessada em vacinar o filho contra a Meningite B, irá realizá-la aos 5 meses de idade.

Exame físico e de desenvolvimento do bebé L.S.

Para além de ter sido realizada uma anamnese do bebé L.S. junto da mãe, foi também realizada uma avaliação física ao próprio bebé, que apresentava no momento da colheita de

dados 4 meses e 6 dias de vida. Esta avaliação aconteceu no momento em que ambos entraram na sala destinada às Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, denominada Sala 3, onde decorreu o primeiro contacto. Foi ainda realizada uma avaliação 'informal' do bebé L.S., que se encontrava na sala de espera destinada às crianças e adolescentes, onde foi possível observar a sua interação com a mãe e com o espaço envolvente. "Estudos prévios mostraram que a técnica mais frequentemente usada em CSP para avaliação do desenvolvimento é a avaliação clínica informal" (DGS, 2012:52). Aqui, o bebé L.S. encontrava-se deitado no carrinho, em constante interação com o meio envolvente, rodando a cabeça em diversas direções, pegando em brinquedos que rodeavam o carrinho e emitindo sons, mesmo sem ser estimulado. Desta forma, de uma primeira impressão foi possível constatar que este bebé se encontra bem desenvolvido para a idade. " (...) a observação da criança ao colo dos pais, ou a brincar, enquanto não é alvo das atenções e, conseqüentemente, se sente mais à vontade, permite ao profissional tirar ilações importantes, e geralmente fiáveis, relativamente ao desenvolvimento da mesma" (DGS, 2012:52).

No entanto de forma a aferir a afirmação anterior procedeu-se à avaliação do crescimento e desenvolvimento do bebé L.S., que ocorreu na Sala 3, destinada às Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, utilizando como suporte teórico a Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Durante o processo de avaliação há-de ter em conta que o exame físico deverá ser o mais agradável possível, educativo (Hockenberry & Wilson, 2014) e sistemático no sentido cefalo-caudal, pois o desenvolvimento das competências sensório-motoras também ocorre nesta direção, desenvolvendo-se do sentido proximal para o distal (da linha média do corpo para a periferia), evoluindo no sentido da diferenciação das operações simples para as complexas (das capacidades motoras grosseiras para as capacidades motoras finas) (Salvado, 2013:7). "O processo de desenvolvimento infantil, é dinâmico e envolve a inter-relação simultânea e contínua do crescimento, desenvolvimento, maturidade e diferenciação" (Salvado, 2013:7).

Desta forma, foram então avaliados os parâmetros de postura e motricidade global, a visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social, de acordo com o padronizado na Escala de Mary Sheridan Modificada (DGS, 2012).

De acordo com a avaliação efetuada foi possível concluir que o bebé L.S. para além de se encontrar com boa evolução ponderal apresenta ainda um bom desenvolvimento para a idade, tendo correspondido a todos os parâmetros avaliados de forma satisfatória.

No que diz respeito ao desenvolvimento da motricidade grossa, quando colocado em decúbito ventral já realiza apoio nos antebraços; quando colocado em decúbito dorsal apresenta uma postura simétrica e os membros com movimentos ritmados; quase não possui falta de controlo da cabeça quando puxado para a posição sentada, ou seja, já equilibra bem a

cabeça na posição sentada; apresenta dorso menos arredondado, sendo curvado apenas na região lombar; é capaz de se sentar ereto com apoio e de elevar a cabeça e tórax de uma superfície num ângulo de 90 graus; assume posição simétrica de forma predominante, já se vira de dorsal para lateral e de pé flete os joelhos, não fazendo ainda apoio (DGS, 2012); (Hockenberry & Wilson, 2014).

Posteriormente a avaliação da motricidade fina foi realizada durante toda a Consulta de Enfermagem, pois o bebé L.S. mostrou-se bastante ativo, a tagarelar alguns sons e a rir alto, interagindo com o meio envolvente, com as enfermeiras e a mãe constantemente. O bebé L.S. examina as mãos e brinca com elas, segundo a mãe quando o bebé está deitado na cama a brincar puxa a roupa para cima da face; tenta alcançar objetos com a mão, nomeadamente os bonecos suspensos na cama, mas não consegue alcançá-los e falha; agarra um objeto com ambas as mãos; brinca com uma roca/chocalho colocando-o na sua mão, agitando-o, mas não consegue apanhá-lo se cair; segue a roca com o olhar lateralizando a cabeça de acordo com o movimento que a roca efetua; consegue levar objetos à boca; e apresenta pestanejo de defesa (DGS, 2012); (Hockenberry & Wilson, 2014).

A nível sensorial e de visão verificou-se que o bebé L.S. é capaz de se acomodar a objetos próximos; apresenta visão binocular bem estabelecida; já possui coordenação olho-mão e volta-se geralmente aos sons. Relativamente à vocalização, emite sons, ri alto, demonstrando ser um bebé bem-disposto, no entanto a vocalização muda de acordo com a disposição, momento observado aquando da vacinação em que o bebé ficou muito choroso e posteriormente com fáceis triste emitindo sons de tristeza (DGS, 2012); (Hockenberry & Wilson, 2014).

Posteriormente procedeu-se à avaliação dos reflexos e de acordo com o que é esperado os reflexos primitivos foram sendo gradualmente substituídos por movimentos voluntários e com uma determinada intenção (Hockenberry & Wilson, 2014). No momento da avaliação do bebé L.S. observou-se que apresenta o reflexo da córnea ou pestanejo, ou seja, “pestaneja à aproximação súbita de uma luz brilhante ou à aproximação de um objeto da córnea” e apresenta “contração pupilar na presença de uma luz brilhante”. (Hockenberry & Wilson, 2014:260). Relativamente à sucção o bebé L.S. “inicia movimentos fortes de sucção na área circumoral em resposta à estimulação” (Hockenberry & Wilson, 2014:260). Todos os reflexos referidos anteriormente encontram-se presentes ao longo da vida. No que concerne às extremidades mais especificamente ao reflexo de Babinski constatou-se que o bebé L.S., quando estimulada a área externa da planta do pé, efetua a dorsiflexão do 1º dedo (halux) e a hiperextensão dos restantes. Este reflexo desaparece após o primeiro ano de vida (Hockenberry & Wilson, 2014).

No entanto, por outro lado, verificou-se que existem reflexos ausentes, tal como seria expectável, nomeadamente o reflexo dos pontos cardeais – “o toque em redor da boca provoca a rotação da cabeça na direção do estímulo e o início da sucção; deve desaparecer cerca dos 3- 4 meses”, o reflexo de extrusão – “quando a língua é tocada, o bebé responde forçando-a para fora; desaparece por volta dos 4 meses”, o reflexo de Moro – “a alteração súbita do equilíbrio provoca extensão e abdução das extremidades com abertura dos dedos, o polegar e o indicador formando um C, seguindo-se a flexão e adução das extremidades; os membros inferiores podem fletir ligeiramente; o bebé pode chorar; desaparece depois dos 3- 4 meses” e o reflexo de sobressalto – “um barulho forte e súbito provoca a abdução dos braços com flexão dos cotovelos; as mãos permanecem fechadas; desaparece por volta dos 4 meses” (Hockenberry & Wilson, 2014:260).

Foi ainda fornecido à mãe uma lista de atividades promotoras do desenvolvimento que abrangem a faixa etária dos 3 aos 6 meses de idade. Assim, em casa os pais e o irmão devem interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais; ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar em ritmo suave, com o bebé ao colo. Cantar; Mobilizar o bebé, evitando que esteja deitado demasiado tempo e na mesma posição; Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo; Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los; e Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente (DGS, 2013:73). Deverão ser incluídas, “igualmente, ações destinadas a estimular a promover o desenvolvimento, tais como as de informação e ensino aos pais, para que cada criança possa atingir o máximo das suas potencialidades, quer no seu processo educativo e social, quer nas áreas para as quais está particularmente apta” (DGS, 2013:59).

1.1.3. CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

Criança é definido, segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, “como todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo”, e que possui direitos nomeadamente que lhe seja assegurada “a assistência médica e os cuidados de saúde necessários” pois, “a criança tem direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar dos serviços médicos” (UNICEF, 1990, artigo 1 e artigo 24: 6-17). No entanto, a criança, pelas suas características peculiares, requer cuidados de enfermagem especiais de acordo com a sua condição de saúde, seja saudável ou doente, com o seu estágio de desenvolvimento e com a cultura, que abranjam a sua família (Fernandes, 2018), pois “tendo em conta que a criança, quer pela sua condição humana, quer pelas suas

características incontornáveis, é um ser vulnerável, não independente, cabe à família a responsabilidade primeira de promover o seu pleno desenvolvimento” (Fernandes, 2018:12).

Assim, o objetivo primordial da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde às crianças e respetivas famílias, auxiliando-as a superar com sucesso as diversas transições por que passam (Fernandes, 2018). “São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” (Diário da República, 2ª série, 2018:19192). Sendo assim, isto vai de encontro às competências do EEESIP que procura assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, bem como prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem (Diário da República, 2ª série, 2018).

Desta forma, no decurso do processo de vigilância de saúde infantil e juvenil são efetuadas determinadas intervenções com o intuito de obter continuamente ganhos em saúde, nomeadamente: avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem; estimular a adoção de comportamentos promotores da saúde, tais como: nutrição adequada, prática de exercício físico, prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança; promover a imunização contra doenças transmissíveis, conforme o PNV; detetar precocemente e encaminhar; e, apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais (DGS, 2013). Todas as intervenções relatadas e, ainda mais algumas existentes mas que não foram integradas anteriormente, visam promover a saúde e prevenir a doença das crianças, efetivando uma prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade, uma vez que “as crianças (...), constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde” (DGS, 2013:9). “A melhor abordagem para a prevenção é a educação e orientação antecipatória” (Hockenberry & Wilson, 2014:14).

Consequentemente, a USF [REDACTED] trabalha no sentido de fornecer em particular à sua população com idade inferior a dezoito anos, uma prestação de cuidados de saúde de excelência que visam garantir e promover a saúde mas também prevenir a doença. Desta forma, uma das maneiras de também o atingir é através da realização dos cuidados antecipatórios, que o PNSIJ preconiza, que visam a “promoção da saúde e a prevenção da doença (...) facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade” (DGS, 2013:7).

No presente estudo de caso os cuidados antecipatórios incidem essencialmente, na alimentação saudável e equilibrada, na higiene oral, nos hábitos de sono, no desenvolvimento,

na prevenção de acidentes e segurança, vacinação, sintomas e sinais de alerta, vida na creche e relação emocional, de acordo com o padronizado no PNSIJ.

Relativamente à alimentação, o bebé L.S. iniciou aos 4 meses a diversificação alimentar pelo que nesta área se atua no sentido de reforçar a necessidade de os pais oferecerem ao seu bebé uma dieta equilibrada e saudável, pois “a alimentação saudável é um dos fatores determinantes para o normal e concordante crescimento, desenvolvimento e promoção da sua saúde, prevenindo por outro lado, doenças associadas à má alimentação, como a obesidade” (Direção Geral do Consumidor, 2013:4). Nesta área a mãe não demonstra dificuldades, derivado a já ter outro filho e já ter passado por este processo. No entanto é feito novamente o reforço dos alimentos que pode integrar a partir dos 6 meses e é aconselhada a consultar os folhetos entregues no momento da consulta de vigilância de saúde realizada aos 4 meses, que abordam a diversificação alimentar. Nesta fase a mãe já poderá integrar na alimentação do seu bebé a carne de aves (frango e peru). Foi lembrado o facto de “cada novo elemento alimentar é introduzido com um intervalo de 5 a 7 dias para permitir a identificação de alergias alimentares” (Hockenberry & Wilson, 2014:521).

No que diz respeito à higiene oral, sabe-se que nesta fase o bebé ainda não apresenta dentes, no entanto é importante reforçar a ideia de que “assim, que irrompem os primeiros dentes deve começar a limpeza” (Hockenberry & Wilson, 2014:524) e de que “é recomendado que o lactente faça um breve exame de saúde oral por volta dos 6 meses de idade com um profissional qualificado de saúde pediátrica” (Hockenberry & Wilson, 2014:524).

Relacionado com os hábitos de sono, foi possível aferir que a mãe se encontra bem informada sobre esta temática, realizando boas práticas de higiene do sono, tanto no período diurno com o momento da sesta, como no período nocturno. Neste sentido, foi apenas realizado um reforço positivo dos comportamentos saudáveis que devem continuar a apresentar. “No ritual do adormecimento, deve promover-se a autorregulação da criança, podendo-se diminuir, progressivamente, o uso do colo e substituí-lo por outras modalidades interativas como o toque e a voz” (DGS, 2013:16).

Relativamente ao desenvolvimento, foram fornecidas em suporte de papel algumas atividades que os pais poderão ir desenvolvendo com o seu bebé, de forma a o estimularem para que este cresça e se desenvolva saudavelmente. Sendo assim, deverão “oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra; Sentá-lo com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia; Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o bebé; Colocar o bebé num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mãos

longe; Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem); Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão; Ritual de sono reforçado antes de dormir” (DGS, 2013:75).

“Os acidentes são uma das principais causas de morte durante o primeiro ano de vida, especialmente de crianças entre os 6 e os 12 meses de idade. De acordo com alguns estudos (...) as maiores causas de mortalidade nos lactentes são quedas, acidentes por ingestão (veneno e medicamentos) e queimaduras” (Hockenberry & Wilson, 2014:540). Neste sentido apesar de se observar que a mãe possui conhecimentos sobre a prevenção de acidentes e segurança, foram fornecidas informações que reforçam as anteriores, isto porque “a prevenção de acidentes e a educação dos pais devem ser conduzidas de acordo com o crescimento e desenvolvimento” (Hockenberry & Wilson, 2014:547). Neste sentido, os enfermeiros, em especial os EEESIP de acordo com as suas competências “têm de estar conscientes das causas possíveis de acidente para cada faixa etária, de modo a fornecer orientação antecipatória e preventiva” (Hockenberry & Wilson, 2014:547).

Relativamente à vacinação sabe-se que “o esquema de vacinação recomendado tem como objetivo obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível”. “A vacinação no primeiro ano de vida deve ser escrupulosamente cumprida nas idades recomendadas sem atrasos” uma vez que “o primeiro ano de vida é a idade de maior vulnerabilidade, requerendo imunização precoce, para evitar as respetivas doenças que podem ser graves” (DGS, 2017:22). Desta forma, este torna-se um parâmetro de avaliação obrigatória. A mãe do bebé L.S. encontra-se bem informada acerca do esquema vacinal e da sua importância, pelo que apenas foi lembrada que as próximas vacinas, incluídas no PNV, serão realizadas aos 6 meses de idade. Uma vez que a mãe se mostrou interessada em vacinar o filho com uma vacina extra plano, nomeadamente a Bexsero, esta foi informada que deverá realizar a primeira dose da vacina aos 5 meses de idade. A “Bexsero está indicada para a imunização ativa de indivíduos com dois ou mais meses de idade” (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2018:4).

A mãe do L.S. foi ainda informada de alguns sintomas e sinais de alerta “que justificam recorrer aos serviços de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor ‘acinzentada’, entre outros” (DGS, 2013:15). Relativamente à ida do bebé L.S. para a creche a mãe referiu que o mesmo apenas irá integrar a creche em setembro, uma vez que é a altura em que vai começar a trabalhar novamente. No que diz respeito à relação emocional o bebé é extremamente simpático e possui um vínculo muito forte quer com os pais quer com o irmão e com a família mais próxima. A mãe refere que o bebé ainda está numa fase em que não estranha pessoas que não são habituais ao seu redor.

Assim, é possível afirmar que “educar crianças não é tarefa fácil; apresenta desafios tanto a pais pela primeira vez como a pais experientes. (...) Os enfermeiros estão em posição de vantagem para dar assistência e fazer sugestões”, uma vez que “cada fase da vida de uma criança tem os seus traumas específicos (...). Para os pais de um lactente, alguns desafios giram em torno de dependência, disciplina, mobilidade acrescida e segurança” (Hockenberry & Wilson, 2014:549).

1.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES

De acordo com Ferreira (2011) se a ciência se produz com base em métodos e teorias, o cuidado de enfermagem, faz-se utilizando a arte e ciência e, neste intento, há que considerar que o sentido da nossa ciência, da enfermagem, está na prática, espaço de exercício da sua arte, campo de aplicação dos seus conhecimentos. Desta forma, “o Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma serie de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinada método ou modo de fazer, fundamentado num sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área” (Garcia & Nóbrega, 2009:189).

Após a colheita de dados e se ter procedido à avaliação da família em estudo foi possível identificar diversos problemas onde é necessário que o enfermeiro intervenha, no sentido de promover uma alteração do comportamento da família, garantindo assim um crescimento e desenvolvimento saudáveis para a criança e consequentemente para a respetiva família. “Essa fase consiste em analisar e categorizar os dados para o levantamento de problemas de enfermagem. Corresponde ao momento em que os dados são agrupados para caracterizar e definir determinado problema” (Galdeano, Rossi & Zago, 2003:374).

Assim, após a análise efetuada aos dados recolhidos no momento da apreciação inicial, foram então identificados os diagnósticos de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2 e respetivas intervenções de enfermagem fundamentadas nas competências do EEESIP. “A [CIPE] surge como um marco unificador dos diferentes sistemas de classificação dos elementos da prática profissional – diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem -, colaborando para o pensamento crítico, científico e resolutivo do enfermeiro. Tal sistema de classificação tem sua estrutura desenvolvida com base no Modelo de Sete Eixos, sendo estes: Foco, Julgamento, Meio, Ação, Tempo, Localização e Cliente” (Neto, Silva, Silva, Negreiros, Rocha & Nóbrega, 2015:2).


Desta forma, produz-se um plano de cuidados de enfermagem que visa de acordo com os diagnósticos previamente identificados implementar intervenções, passíveis e necessárias

de avaliação, com o objetivo de ir ao encontro das necessidades reconhecidas inicialmente. “O plano de cuidados, (...) caracterizado como uma ferramenta da prática cotidiana do profissional e que permite o auxílio na organização do trabalho da equipe de enfermagem. Além da otimização da prática, (...) deve trabalhar em prol das necessidades humanas básicas (...). Assim, a implementação do plano de cuidados, alicerçado em um referencial teórico, guia e aprimora a prática, dirigindo a observação dos fenômenos, a intervenção de enfermagem e os resultados a esperar” (Neto, Silva, Silva, Negreiros, Rocha & Nóbrega, 2015:2).

Na tabela seguinte encontram-se os diagnósticos de enfermagem elaborados e as respectivas intervenções de enfermagem. Importa salientar que os diagnósticos de enfermagem apresentados se encontram colocados por ordem de prioridade e em cada um deles enquadram-se as competências do EEESIP.

Diagnóstico de Enfermagem 1	Desenvolvimento Infantil Potencial / em progressão
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento [da mãe sobre desenvolvimento infantil]; - Avaliar desenvolvimento da criança; - Monitorizar peso; - Monitorizar altura; - Medir perímetro cefálico; - Promover desenvolvimento da criança [Calendarizar consulta de acompanhamento; Providenciar orientação antecipada à família; Providenciar serviço de promoção de saúde para o desenvolvimento da criança] - Relatar resultado do teste [Registar dados no sistema informático S-Clínico® e no Boletim Individual de Saúde; Ensinar sobre estratégias promotoras de desenvolvimento]
Resultados Esperados	Desenvolvimento Infantil Efetivo
Competências do Enfermeiro EESIP	<p>3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p>

Diagnóstico de Enfermagem 2	Risco de Conhecimento sobre Parentalidade comprometido
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Promover ligação entre cuidador e criança; - Promover papel de cuidador; - Promover parentalidade efetiva; - Ensinar sobre ligação entre cuidador e criança [Ensinar cuidador; Referenciar para profissional de saúde]; - Facilitar capacidade para comunicar necessidades; - Reforçar comportamento positivo.
Resultados Esperados	Conhecimento sobre parentalidade efetivo
Competências do Enfermeiro EESIP	<p>1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde</p> <p>E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;</p> <p>E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p>



E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.

E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.

3.Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.

E3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Diagnóstico de Enfermagem 3	Risco de Conhecimento sobre alimentação infantil comprometido
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre alimentação infantil [Ensinar sobre padrão alimentar; Ensinar técnica de alimentação; Ensinar sobre peso efetivo]; - Providenciar material educativo; - Providenciar orientação antecipada à família.
Resultados Esperados	<p>Conhecimento sobre alimentação infantil efetivo</p> <p>1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde</p> <p>E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;</p> <p>E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>
Competências do Enfermeiro EESIP	

Diagnóstico de Enfermagem 4	Risco de Adesão ao regime de imunização comprometido
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adesão ao regime de imunização; - Ensinar sobre vacina [Ensinar sobre reação alérgica] [Ensinar sobre locais de administração das vacinas e as doenças que previnem]; - Providenciar material educativo; - Providenciar orientação antecipada à família.
Resultados Esperados	Adesão ao regime de imunização efetivo
Competências do Enfermeiro EESIP	<p>1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde</p> <p>E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;</p> <p>E1.1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>

Diagnóstico de Enfermagem 5	Risco de Conhecimento sobre medidas de segurança comprometido
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre segurança infantil [Aplicar dispositivo de segurança; Ensinar sobre medidas de segurança]; - Providenciar material educativo; - Providenciar orientação antecipada à família.
Resultados Esperados	Conhecimento sobre medidas de segurança efetivo
Competências do Enfermeiro EESIP	<p>1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde</p> <p>E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;</p> <p>E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>

1.3. AVALIAÇÃO

A avaliação é considerada a última etapa do processo de enfermagem. “A avaliação final é uma espécie de estudo analítico e de avaliação dos passos anteriores” (Alminhas, 2007 citado por Almeida, 2011:61) “. “A fase de avaliação do processo de enfermagem avalia a reacção do utente às acções de enfermagem e ao progresso do utente, no sentido de serem atingidos os objetivos. O enfermeiro recolhe dados na base da continuidade para medir alterações no funcionamento, na vida diária ou na existência ou utilização de recursos externos” (Carvenali & Thomas, 1993 citados por Almeida, 2011:61).

No entanto, “(...) para que o processo de avaliação seja realizado com sucesso, o enfermeiro tem de reunir todos os dados adicionais, que lhe possibilitarão definir quais os diagnósticos adequados, os objetivos a alcançar e decidir se há a necessidade de se fazer outros diagnósticos que atendam a outros problemas do utente, os quais possam ter surgido durante todo o processo” (Sheehy’s, 2001 citado por Almeida, 2011:62).

Relativamente ao estudo de caso em questão, o processo de avaliação foi realizado noutra contacto posterior, ocorrido a 17 de Junho de 2019, altura em que a mãe se deslocou à Consulta de Planeamento Familiar e se fez acompanhar pelo marido e pelo filho. Desta forma, recolheu-se novamente dados através de uma entrevista realizada aos pais do L.S., no entanto apenas se pode realizar esta colheita num único momento de avaliação, por razões que se prendem com o curto tempo de estágio e por o L.S. apenas voltar à consulta de vigilância de saúde daqui a dois meses.

❖ Diagnóstico de Enfermagem 1 - Desenvolvimento Infantil Potencial / em progressão

No que diz respeito a este diagnóstico identificado inicialmente pode-se agora aferir que desde o momento da Consulta de vigilância de saúde até ao momento da nova recolha de dados, realizada no dia 17 de Junho de 2019, o bebé L.S. manteve os parâmetros de crescimento e desenvolvimento espectáveis para o que se preconiza para a idade, não tendo sido observadas alterações.

❖ **Diagnóstico de Enfermagem 2** - Risco de Conhecimento sobre Parentalidade comprometido

No momento da primeira entrevista foi possível concluir, de acordo com o relato da mãe, que tanto os pais como o irmão mantinham um vínculo afectivo forte. No momento da segunda entrevista, a mãe voltou a referir a excelente relação que todos têm, nomeadamente que as responsabilidades parentais se mantêm bem definidas, existindo entre ajuda constante, quer para tarefas domésticas, quer para tarefas no cuidar ao I.S. e ao L.S.

❖ **Diagnóstico de Enfermagem 3** - Risco de Conhecimento sobre alimentação infantil comprometido

Relativamente à temática da alimentação infantil, nomeadamente à iniciação da diversificação alimentar foi possível concluir que a mãe assimilou todas as informações dadas na consulta de vigilância de saúde. Afirmou ainda que transmitiu todas as informações ao marido, inclusivamente mostrou-lhe os folhetos fornecidos e ambos concluíram que tinha sido uma excelente ajuda, apesar de já possuírem alguns conhecimentos, derivado ao facto de o filho mais velho, o I.S. já ter passado por esta fase.

A mãe afirmou que o bebé L.S. se adaptou muito bem à sopa e à fruta, não tendo estranhado o sabor e a textura.

❖ **Diagnóstico de Enfermagem 4** - Risco de Adesão ao regime de imunização comprometido

No que diz respeito à vacinação, os pais mantêm a mesma atitude de cumprir a vacinação estabelecida, para além de se manterem interessados em que o seu bebé realize aos 5 meses a vacina contra a Meningite B (Bexsero®). Este diagnóstico foi levantado com o objectivo de estimular os pais a manterem um comportamento correto perante o filho, situação que têm feito até à presente data.

❖ **Diagnóstico de Enfermagem 5** - Risco de Conhecimento sobre medidas de segurança comprometido

Relativamente a este diagnóstico foi possível verificar que os pais mantêm uma atitude defensiva no que diz respeito à segurança do filho, uma vez que o transportavam de forma correta, no carrinho com os cintos devidamente colocados. Referiram ainda que no domicílio mantêm sempre uma supervisão contínua, pois referem ter medo que lhe aconteça alguma coisa. Desta forma, foram reforçados os ensinamentos aos pais e foi entregue um folheto informativo, onde constam informações relevantes de como se pode prevenir acidentes.

Concluindo, e de acordo com o que foi redigido anteriormente, foi possível aferir que todos os diagnósticos de enfermagem delineados anteriormente e os respetivos resultados foram alcançados através das intervenções implementadas. Estas deverão ser continuadas, de forma a incentivar o contínuo crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebé L.S.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E NET-GRAFIA

- ❖ Almeida, F. L. T. De. (2011). A essência do processo de enfermagem. *Universidade Fernando Pessoa*. Acedido a 1 de Junho de 2019. Disponível em: http://bdigi-tal.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG_17068.pdf
- ❖ Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A. & Xavier, A. C. A. (2017). O Estudo de Caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(4). Acedido a 1 de Junho de 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- ❖ Carrapatoso, I. & Sarinho, E. (2007). Será possível prevenir a alergia alimentar? *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 15(4): 291-299. Acedido a 10 de Junho de 2019. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/sera-possivel-prevenir-a-alergia-alimentar-.pdf
- ❖ Carter B, McGoldick M. (1999). *"The expanded family life cycle"*. Edição 3, Allyn and Bacon.
- ❖ Carvalho, M. & Barge, S. (2011). Suplementação com vitamin D em lactentes: que evidência? *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 27:302-9. Acedido a 10 de Junho de 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087071032011000300009
- ❖ *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPE). (2011). Versão 2.
- ❖ Diário da República n.º 133/2018, Série II de 2018-07-12, p. 19192-19194. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 25 de Abril de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- ❖ Direção Geral do Consumidor. (2013). Alimentação em Idade Escolar. Guia Prático para educadores. Acedido a 2 de Junho de 2019. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN_AlimentacaoldadeEscolar.pdf

- ❖ Direção Geral de Saúde. (2012). Saúde Infantil e Juvenil Programa Nacional. *Ministério da Saúde*. Junho de 2012. Acedido a 2 de Junho de 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/SEVEN/Downloads/i017517%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/SEVEN/Downloads/i017517%20(4).pdf)
- ❖ Direção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Ministério da Saúde*. Norma nº 010/2013. Acedido a 3 de Junho de 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/SEVEN/Downloads/i019087%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/SEVEN/Downloads/i019087%20(2).pdf)
- ❖ Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional de Vacinação – 2017. *Ministério da Saúde*. Acedido a 10 de Junho de 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/SEVEN/Downloads/i023200.pdf>
- ❖ Fernandes, V. (2018). Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parentalidade – Famílias com crianças com Cardiopatia Congénita. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Mestrado em Enfermagem. Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Acedido a 11 de Junho de 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22375/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Mestrado%20-%20Vilma%20Fernandes.pdf>
- ❖ Ferreira, M. A. (2011). Enfermagem – Arte e ciência do cuidado. *Esc Anna Nery*. 2011 out-dez; 15(4): 664-666. Acedido a 12 de Junho de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400001
- ❖ Figueiredo, R. C. P., Norton, R. C., Lamounier, J. A. & Leão, E. (1998). Doença hemorrágica do recém-nascido na forma tardia: descrição de casos. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Jornal de Pediatria*. Vol. 74, nº 1. Acedido a 14 de Junho de 2019. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/98-74-01-67/port.pdf>
- ❖ Figueiredo, Ma. H. de J. S., & Martins, M. M. F. da S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*, 9(3), 552–559. <http://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559>
- ❖ Freitas, M. I. P. & Carmona, E. V. (2011). Estudo de caso como estratégia de ensino do Processo de Enfermagem e do uso de linguagem padronizada. *Revista Brasileira*

de Enfermagem. Brasília 2011 nov-dez, 64(6): 1157-60. Acedido a 12 de Junho de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a25.pdf>

- ❖ Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellof, M., Embleton, N., Fidler, N., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillonne, A., Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *JPGN*. Volume 64, Nº 1, Janeiro 2017. Acedido a 15 de Junho de 2019. Disponível em: <http://www.spgp.pt/me-dia/1061/pdf29.pdf>
- ❖ Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3), 371-375. Acedido a 15 de Junho de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>
- ❖ Garcia, T. R. & Nóbrega, M. M. L. (2009). Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Ver Enferm*. jan-mar. 13(1): 188-193. Acedido a 16 de Junho de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452009000100026&script=sci_abstract&tlng=pt
- ❖ Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
- ❖ Muniz, J. R. & Eisenstein, E. (2009). Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 33(1): 72-79. Acedido a 16 de Junho de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/10.pdf>
- ❖ Nascimento, L. C., Dantas, I. R. O., Andrade, R. D., Mello, D. F. (2014). Genograma e Ecomapa: Contribuições da Enfermagem Brasileira. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 211-21. Acedido a 17 de Junho de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00211.pdf
- ❖ Neto, V. L. S., Silva, R. A. R. S., Silva, C. C., Negreiros, R. V., Rocha, C. C. T., Nóbrega, M. M. L. (2015). Proposta de plano de cuidados de enfermagem para pessoas

internadas com Aids. Rev Esc Enferm USP. 2017; 51:e03204. Acedido a 17 de Junho de 2019. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016027203204>

- ❖ Pires, E. I. F. (2016). A Importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família. Escola Superior de Saúde de Bragança. Dissertação de Mestrado. Acedido a 18 de Junho de 2019. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/A%20import%C3%A2ncia%20das%20Fam%C3%ADlias%20-%20Vers%C3%A3o%20Final.pdf>
- ❖ Radovanovic, C. A. T., Cecilio, H. P. M., Marcon, S. S. (2013). Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(1):45-54. Acedido a 17 de Junho de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472013000100006&script=sci_abstract&tlng=pt
- ❖ Rodrigues, L. M. O. (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado. Acedido a 18 de Junho de 2019. Disponível em: file:///C:/Users/mperdigao/Downloads/D2012_10001822012_21016011_1.pdf
- ❖ Salvado, R. S. T. (2013). Avaliação do Desenvolvimento Infantil em Contexto de Cuidados de Saúde Primários – Intervenção do Enfermeiro. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Dissertação de Mestrado. Acedido a 17 de Junho de 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15777/1/Avaliacao%20do%20Desenvolvimento%20Infantil%20em%20CSP.pdf>
- ❖ Souza, M. F. G., Santos, A. D. B., Monteiro, A. I. (2013). O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de de um hospital de ensino. Revista Brasileira de Enfermagem. Ver Bras Enferm, Brasília, 2013, mar-abr; 66(2): 167-73. Acedido a 18 de Junho de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/03.pdf>
- ❖ Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2018). Recomendações sobre vacinas extra programa nacional de vacinação. Acedido a 18 de Junho de 2019. Disponível em:

<http://criancaefamilia.spp.pt/media/127910/Vacinas-extra-PNV-RecomendaCOes-SIP-SPP-2018.pdf>

- ❖ UNICEF. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Acedido a 18 de Junho de 2019. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf
- ❖ Wright, M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Editora Roca LTDA. Quarta Edição. ISBN: 978-85-7241-774-7

Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados

Identificação Criança

Nome:

Gênero:

Data de Nascimento:

Raça:

Naturalidade:

Vigilância de Saúde

Vigilância da Gravidez: Viglada ou Não Viglada

Doenças/Intercorrências durante a gravidez:

Nº Consultas:

Tipo de Parto:

Parâmetros ao nascer – Índice de Apgar:

Peso:

Altura:

Perímetro Cefálico:

Realizado PNDP:

Vigilância de Saúde Infantil/Juvenil

Local:

Consultas realizadas:

Consultas de Especialidade:

Parâmetros a avaliar:

- Audição:
- Desenvolvimento:
- Vacinação:
- Relação emocional/comportamento:
- Segurança do ambiente:

Problemas identificados com a criança:

Estrutura Familiar

<u>Nome</u>	<u>Papel Pa- rental</u>	<u>Género</u>	<u>Idade</u>	<u>Data Nas- cimento</u>	<u>Escolari- dade</u>	<u>Profissão</u>

Relação conjugal:

Relação com os avós:

Relação com a família mais alargada:


Patologias da família:

Ambiente e Habitação:

Condições da Habitação	
Saneamento Básico	
Luminosidade da Habitação	
Estado de higiene/arrumação	
Adequação do espaço	
Privacidade	
Acessibilidade	

Apêndice II – Consentimento Informado

Mestrado em Enfermagem em Associação



CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PAIS

Eu, Ana Patrícia Vicente Valeriano, estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, no ramo de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde, solicito a vossa autorização para a recolha de dados com o intuito de realizar um trabalho de Estudo de Caso, no âmbito da Unidade Curricular Estágio I, a decorrer na Unidade de Saúde Familiar (USF) [REDACTED]

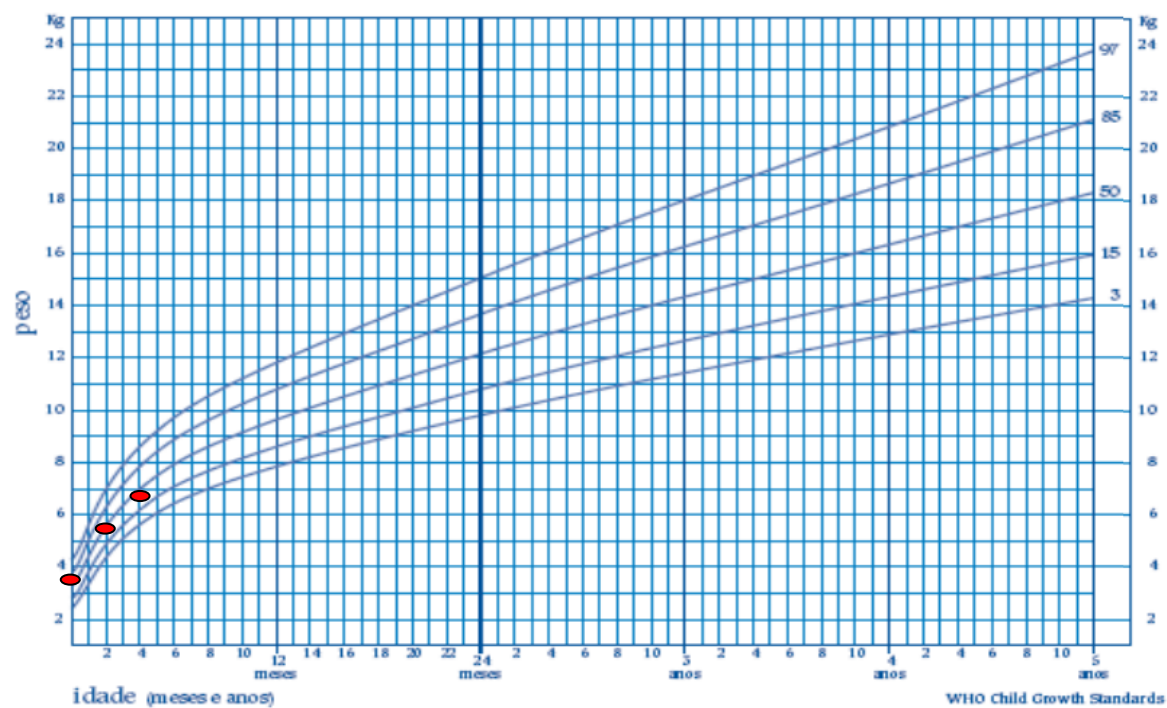
Os dados recolhidos destinam-se a fins académicos, no entanto poderão vir a ser alvo de publicação, estando garantida a confidencialidade dos mesmos.

Autorizo: [REDACTED]

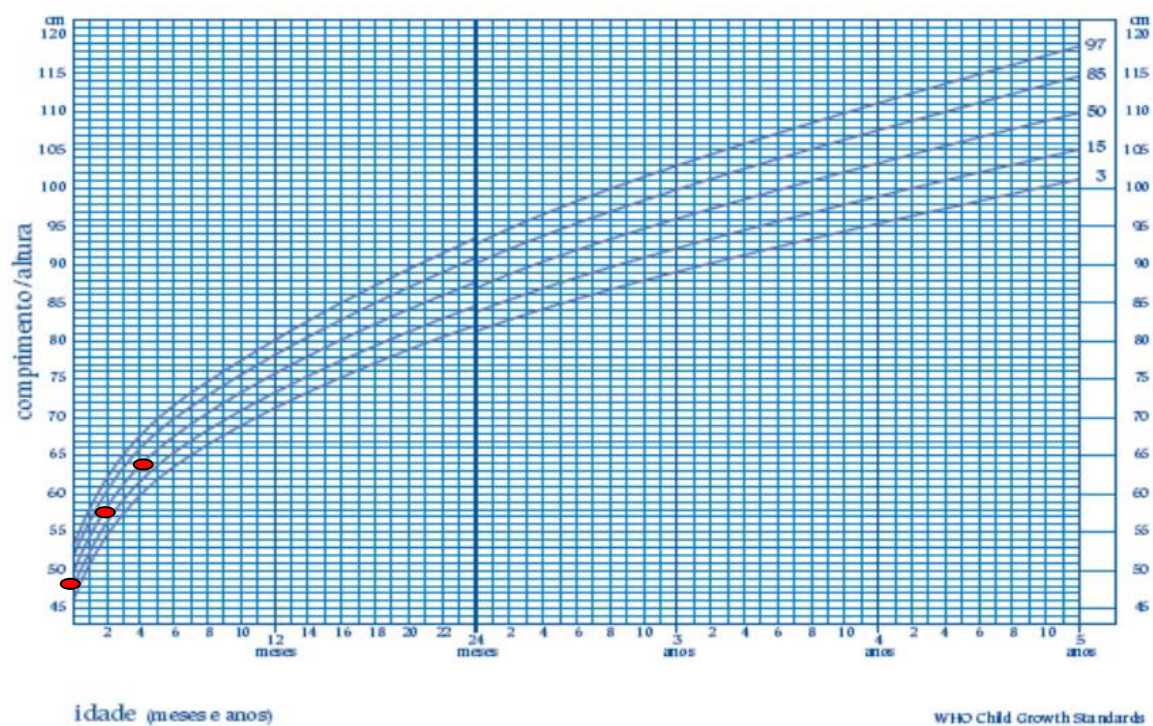
Data: 03/06/2019

Anexo I – Dados Antropométricos do bebé L.S.

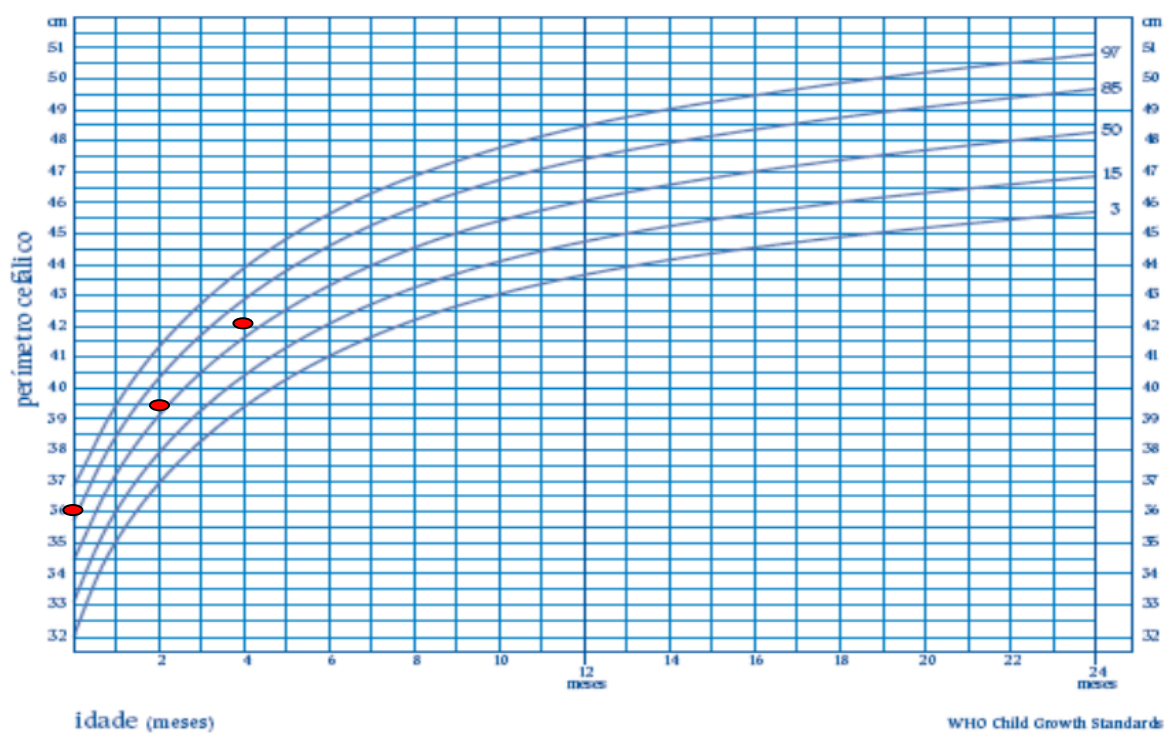
Peso:



Comprimento/Altura:



Perímetro Cefálico:



Tabelas retiradas da Norma da DGS nº 010/2013

Anexo II – Escala de Graffar Adaptada

NOME:		DATA / /		ESCOLA:			
NOTAÇÃO SOCIAL DAS FAMÍLIAS (GRAFFAR)						POSIÇÃO	
	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	FONTE PRINCIPAL	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	ESTRATO	PONTOS
I	Grandes industriais e comerciantes. Gestores. Grandes empresas e Administração Pública. Profissionais liberais <input type="checkbox"/>	Doutoramento Mestrado Licenciatura <input type="checkbox"/>	Propriedade <input type="checkbox"/>	Luxuoso <input type="checkbox"/>	Bairro elegante <input type="checkbox"/>	I CLASSE ALTA	
II	Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios e quadros técnicos de empresas e Administração Pública <input type="checkbox"/>	Bacharelato Curso superior <input type="checkbox"/>	Altos vencimentos ou honorários <input type="checkbox"/>	Espaçoso e confortável <input checked="" type="checkbox"/>	Bom local <input checked="" type="checkbox"/>	II CLASSE MÉDIA ALTA	
III	Pequenos industriais e comerciantes. Empregados e operários qualificados <input checked="" type="checkbox"/>	Curso Complementar Ensino superior <input type="checkbox"/>	Vencimentos certos <input type="checkbox"/>	Bem conservado com cozinha e casa de banho. Electrodomésticos essenciais <input type="checkbox"/>	Zona antiga <input type="checkbox"/>	III CLASSE MÉDIA	
IV	Pequenos agricultores Operários semiqua lificados Escriturários <input type="checkbox"/>	Escolaridade obrigatória <input type="checkbox"/>	Remunerações incertas <input checked="" type="checkbox"/>	Com cozinha e casa de banho degradadas e ou sem electrodomésticos <input type="checkbox"/>	Bairro operário social <input type="checkbox"/>	IV CLASSE MÉDIA BAIXA	
V	Mão-de-obra indiferenciada <input type="checkbox"/>	Não escolaridade obrigatória completa <input checked="" type="checkbox"/>	Assistencial <input type="checkbox"/>	Impróprio <input type="checkbox"/>	Bairro de lata <input type="checkbox"/>	V CLASSE BAIXA	

Classe I (classe alta) – pontuação entre 5 e 9

Classe II (classe média alta) – pontuação entre 10 e 13

Classe III (classe média) – pontuação entre 14 e 17 – Total de 16 pontos

Classe IV (classe média baixa) – pontuação entre 18 e 21

Classe V (classe baixa) – pontuação entre 22 e 25

Fonte: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1351/Anexo%20a%20Graf-far.pdf?sequence=5>

Fonte: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/80863/2/Escala%20de%20Graffar%20Adap-tada.pdf>

Apêndice 18

Sessão de Formação realizada na USF

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO 2018-2019

Unidade Curricular: Estágio I

Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica

18 de Junho de 2019

Enfermeira Orientadora:
EEESIP Cláudia Mateus

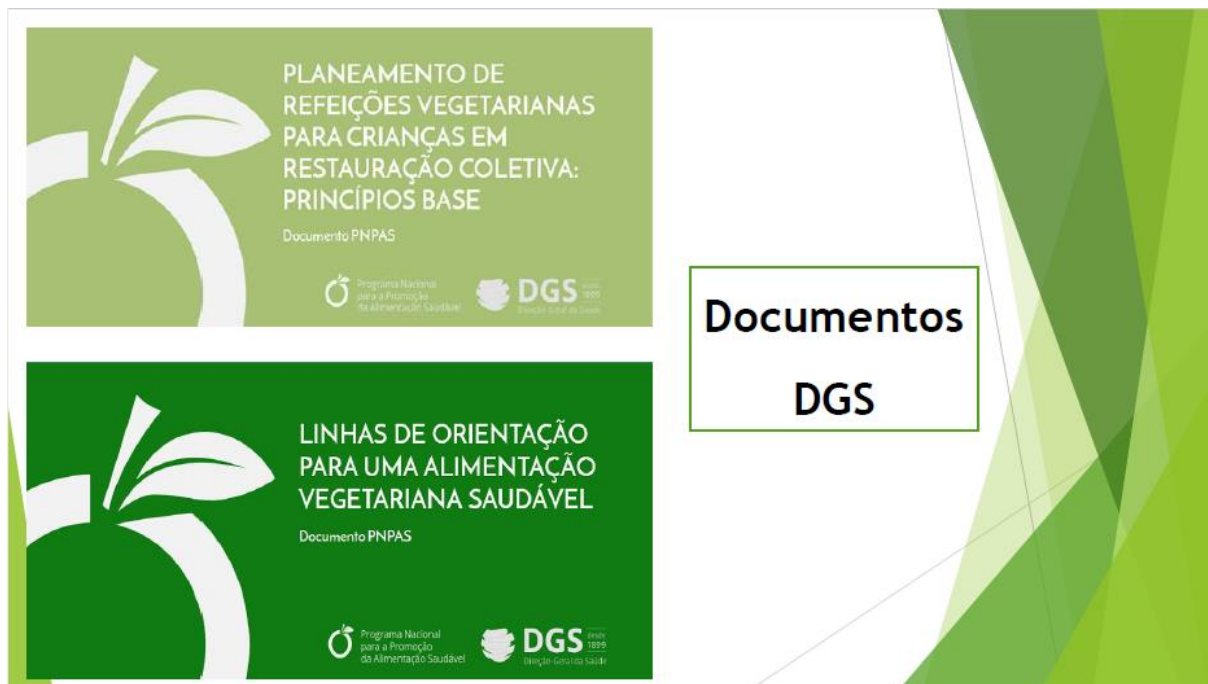
Professora Orientadora:
Professor Margarida Malcata

Preletora:
Ana Valeriano, n.º 19340



Objetivos

- ▶ Garantir aumento de conhecimentos por parte da equipa de saúde pública da USF de [REDACTED]
- ▶ Elucidar os profissionais de saúde sobre a temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica;
- ▶ Alertar os profissionais de saúde para os principais riscos e possíveis benefícios deste tipo de regime alimentar;





Alimentação Vegetariana

➤ A alimentação vegetariana pode ser classificada como:

Ovolactovegetariana

- Exclui carne e pescado, permite ovos e laticínios

Lactovegetariana

- Exclui carne, pescado e ovos, permite laticínios

Ovovegetariana

- Exclui carne, pescado e laticínios, permite ovos

Vegetariana estrita e vegana

- Exclui todos os alimentos de origem animal



(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

Exemplos	
Leguminosas	Vários tipos de feijão, grão-de-bico, ervilhas, lentilhas, favas, etc.
Hortícolas	Couve, cenoura, tomate, beringela, nabo, repolho, espinafres, brócolos, curgete, alho francês, beterraba, beldroegas, couve-roxa, etc.
Fruta	Laranja, kiwi, maçã, banana, pêssego, uvas, peras, melão, morango, manga, ananás, ameixa, romã, tangerina, amora, framboesa, dióspiro, etc.
Frutos gordos	Azeitona, amêndoa, nozes, amendoim, avelã, coco, caju, abacate, etc.
Sementes	Linhaça, abóbora, chia, papoila, sésamo, girassol, etc.
Gorduras e óleos	Azeite, óleos e cremes vegetais.
Cereais e tubérculos	Cereais (aveia, trigo, arroz, milho, cevada) e derivados (pão, massa) de preferência integrais, batata e batata-doce, trigo-sarraceno e pseudocereais como quinoa e amaranto, etc.
Laticínios*/ alternativas vegetais	Leite* ou bebida vegetal, iogurte*/queijo* (ou alternativas vegetais).
Ovo†	Ovo†, clara de ovo†

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

➤ Uma dieta vegetariana bem planeada pode conduzir a um crescimento e desenvolvimento normais em crianças e adolescentes.



➤ Carências nutricionais associadas ao regime vegetariano

(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana



- Laticínios e ovos
- Leguminosas
- Frutos Gordos
- Sementes
- Cremes de frutos gordos
- Cereais Integrais
- Pseudocereais (quinoa)



(DGS, 2016)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Alimentação Vegetariana

Gordura

- Frutos Gordos
- Sementes
- Abacate
- Azeite
- Óleos
- Crems Vegetais

(DGS, 2016)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Alimentação Vegetariana

Hidratos de Carbono

- Cereais
- Tubérculos
- Fruta
- Leguminosas

(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

Fibras

- Cereais Integrais
- Fruta
- Hortícolas
- Leguminosas



(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

Ferro

- Leguminosas
- Cereais Integrais
- Hortícolas de cor verde escura
- Sementes
- Frutos Gordos
- Tofu
- Ovos
- Flocos de cereais



(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

➤ Benefícios:



(Barranha, 2017)

Alimentação Vegetariana

- A alimentação deverá ser o mais variada possível, recorrendo a produtos frescos, pouco processados;
- Deverá ser privilegiado o consumo de leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas...), cereais integrais e hortícolas como ingredientes principais na refeição;
- Deverá ser evitado o consumo de alimentos excessivamente processados, como a soja texturizada, refeições pré-preparadas, refeições tipo *fast-food* e refrigerantes;
- O azeite deverá ser a gordura de eleição para cozinhar e temperar.
- Deverá ser privilegiado o consumo de produtos locais e da época;

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

- Deverá ser consumido pouco sal (dando preferência ao sal iodado ou substituindo-o por especiarias e ervas aromáticas) e pouco açúcar (privilegiando os açúcares já naturalmente presentes nos alimentos);
- Deverá ser evitado o consumo de laticínios à refeição ou como sobremesa (já que o cálcio presente nestes alimentos poderá inibir a absorção do ferro da refeição se consumidos em conjunto);
- A sopa de hortícolas deverá conter leguminosas, caso o prato principal não inclua leguminosas ou derivados;
- Os processos culinários devem evitar a fritura ou a exposição dos alimentos a temperaturas elevadas durante tempo excessivo.

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

- Prato Principal deverá conter:

1 fonte proteica de origem vegetal

• Leguminosas

Acompanhamentos fornecedores
de Hidratos de Carbono

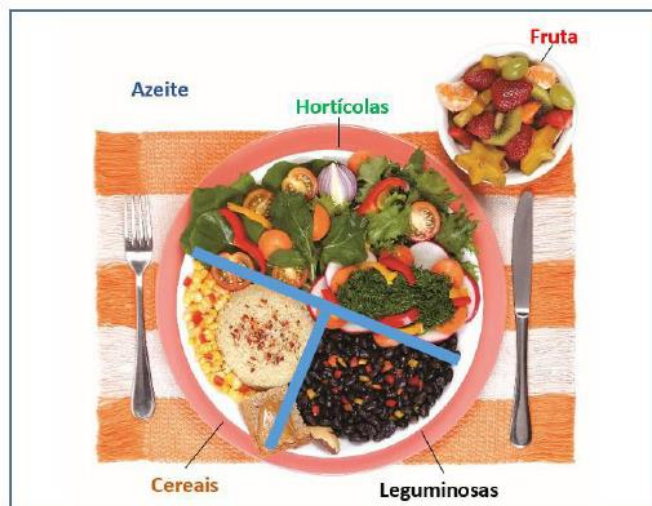
• Cereais ou Derivados (arroz, massa, mandioca, cuscuz)
• Tubérculos (batata, batata-doce)

Produtos Hortícolas

• Crus ou cozinhados

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana



(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

Refeição	Composição
Pequeno-almoço	1 caneca de bebida vegetal (250ml) com 6 colheres de sopa de flocos de cereais não açucarados (ex. aveia, milho, etc.)
Merenda da Manhã	1 banana
Almoço	Sopa de lentilhas Prato: 5 colheres de sopa (100g) de feijão 5 colheres de sopa (100g) de arroz 1/4 prato de couve penca 1 maçã
Merenda da Tarde 1	1 iogurte vegetal
Merenda da Tarde 2	1 pão com duas colheres de sobremesa de creme de frutos gordos
Jantar	Sopa de nabo com feijão verde 5 colheres de sopa (100g) de grão-de-bico 150 g de batata 3/4 prato de grelos cozinhados 1 nectarina

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Conclusão

- ▶ O nº de pessoas a adotar ou com interesse em adotar um regime alimentar vegetariano tem vindo a aumentar.
- ▶ Portugal é possuidor de uma vasta gama de produtos de origem vegetal ao longo do ano, de grande qualidade, bem como de uma tradição gastronómica que valoriza a presença de vegetais, a começar pela sopa.
- ▶ As dietas vegetarianas, quando planeadas apropriadamente, são consideradas saudáveis e nutricionalmente adequadas em todas as etapas do ciclo de vida, podendo até vir a ser úteis na prevenção e tratamento de determinadas doenças.

(Silva, Pinho, Borges, Santos, Santos & Graça, 2015)

Conclusão

- ▶ As dietas vegetarianas, como em qualquer regime alimentar, podem ser inadequadas, originando diversos desequilíbrios nutricionais que podem comprometer o normal crescimento e desenvolvimento.
- ▶ É importante que os indivíduos interessados em iniciar ou melhorar a sua alimentação, e que possuam interesse em adotar uma dieta vegetariana a longo prazo, consultem os seus profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, pois estes devem estar informados com o intuito de capacitar os indivíduos sabendo informar acerca dos benefícios e riscos associados a este tipo de alimentação, mas também aconselhar e acompanhar na prática a sua execução e ajudar a ultrapassar as barreiras naturais que possam surgir inicialmente.

(Silva, Pinho, Borges, Santos, Santos & Graça, 2015)

Referências Bibliográficas e Netgrafia

- ▶ Amaral, J. (2017). *Vegetarianismo em Idade Pediátrica: Revisão Sistemática de Documentos de Orientação*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Trabalho Final Mestrado Integrado em Medicina. Acedido a 25 de Abril de 2019. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31713/1/JoanaRFamaral.pdf>
- ▶ Associação Vegetariana Portuguesa. (2017). Acedido a 7 de Maio de 2019. Disponível em: <https://www.avp.org.pt/>
- ▶ Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, p. 4147-4182. Acedido a 4 de Maio de 2019. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa. Acedido a 25 de Março de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7ajov_aprovaog_20nov2010.pdf
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Acedido a 5 de Maio de 2019. Disponível em: <https://iconline.iploiria.pt/bitstream/10400.8/2735/2/ANEXO%20I%20E2%80%93Regulamento%20n.%C2%BA%20122%202011%20de%2018%20de%20fevereiro.pdf>

Referências Bibliográficas e Netgrafia

- ▶ DGS. (2016). Alimentação Vegetariana em Idade Escolar. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde. Acedido a 20 de Abril de 2019. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1460120952Alimentac%C3%A7%C3%A3oVegetarianaemIdadeEscolar.pdf
- ▶ Silva, E. (2015) A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido a 25 de Abril de 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1346/1/A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Enfermeiro%20na%20promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Parentalidade%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Elsa%20Silva.pdf>
- ▶ DGS. (2015). Linhas de Orientação para uma alimentação vegetariana saudável. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde. Acedido a 20 de Abril de 2019. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444910720LinhasdeOrienta%C3%A7%C3%A3oparaumaAlimenta%C3%A7%C3%A3oVegetarianaSaud%C3%Avel.pdf



APÊNDICE 19

Sessão de formação realizada no SUP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO 2019-2020

Unidade Curricular: Estágio Final

Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica



Enfermeira Orientadora:
EEESIP Rute Trigo

Professora Orientadora:
Professor Margarida Malcata

Preletora:
Ana Valeriano, n.º 19340

Objetivos

- ▶ Garantir aumento de conhecimentos por parte da equipa de enfermagem do serviço de Urgência Pediátrica do [REDACTED]
- ▶ Elucidar os profissionais de saúde sobre a temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica;
- ▶ Alertar os profissionais de saúde para os principais riscos e possíveis benefícios deste tipo de regime alimentar;



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Alimentação Vegetariana



Atualmente, mais precisamente um estudo de 2017

120 000 Portugueses Vegetarianos

- Mulheres e jovens entre os 25 e 34 anos de idade são os que apresentam maior abstenção de consumo de produtos de origem animal (carne, peixe, ovos e laticínios);
- O consumo frequente de carne e peixe tem vindo a diminuir;
- 0,6% da população segue uma alimentação estritamente vegetariana ou vegan.

(Associação Vegetariana Portuguesa, 2017)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Alimentação Vegetariana



Dieta Vegetariana

Uso predominantemente de produtos de origem vegetal

- Cereais, hortícolas, frutas, leguminosas, frutos gordos e sementes

Exclui produtos como carne e pescado (e seus derivados)

- Poderá incluir ovo e laticínios

(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

➤ A alimentação vegetariana pode ser classificada como:

Ovolactovegetariana

- Exclui carne e pescado, permite ovos e laticínios

Lactovegetariana

- Exclui carne, pescado e ovos, permite laticínios

Ovovegetariana

- Exclui carne, pescado e laticínios, permite ovos

Vegetariana estrita e vegana

- Exclui todos os alimentos de origem animal



(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

➤ Uma dieta vegetariana bem planeada pode conduzir a um crescimento e desenvolvimento normais em crianças e adolescentes.



➤ Carências nutricionais associadas ao regime vegetariano

(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana



- Laticínios e ovos
- Leguminosas
- Frutos Gordos
- Sementes
- Cremes de frutos gordos
- Cereais Integrais
- Pseudocereais (quinoa)



(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana



Frutos Gordos

Sementes

Abacate

Azeite

Óleos

Cremes Vegetais



(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

Hidratos de Carbono



Cereais
Tubérculos
Fruta
Leguminosas



(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

Fibras

- Cereais Integrais
- Fruta
- Hortícolas
- Leguminosas



(DGS, 2016)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE CASTELHO DE BRANCO
UNIVERSIDADE DE EVORA
UNIVERSIDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE GALEN
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE NOVA LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE VILA REAL

Alimentação Vegetariana



Ferro

- Leguminosas
- Cereais Integrais
- Hortícolas de cor verde escura
- Sementes
- Frutos Gordos
- Tofu
- Ovos
- Flocos de cereais

(DGS, 2016)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE CASTELHO DE BRANCO
UNIVERSIDADE DE EVORA
UNIVERSIDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE GALEN
UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE NOVA LISBOA
UNIVERSIDADE DE PORTO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE DE VILA REAL

Alimentação Vegetariana

➤ Benefícios:



Doenças Cardiovasculares

Obesidade

Cancro

(Barranha, 2017)

Alimentação Vegetariana

- A alimentação deverá ser o mais variada possível, recorrendo a produtos frescos, pouco processados;
- Deverá ser privilegiado o consumo de leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas...), cereais integrais e hortícolas como ingredientes principais na refeição;
- Deverá ser evitado o consumo de alimentos excessivamente processados, como a soja texturizada, refeições pré-preparadas, refeições tipo *fast-food* e refrigerantes;
- O azeite deverá ser a gordura de eleição para cozinhar e temperar.
- Deverá ser privilegiado o consumo de produtos locais e da época;

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

- Deverá ser consumido pouco sal (dando preferência ao sal iodado ou substituindo-o por especiarias e ervas aromáticas) e pouco açúcar (privilegiando os açúcares já naturalmente presentes nos alimentos);
- Deverá ser evitado o consumo de laticínios à refeição ou como sobremesa (já que o cálcio presente nestes alimentos poderá inibir a absorção do ferro da refeição se consumidos em conjunto);
- A sopa de hortícolas deverá conter leguminosas, caso o prato principal não inclua leguminosas ou derivados;
- Os processos culinários devem evitar a fritura ou a exposição dos alimentos a temperaturas elevadas durante tempo excessivo.

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

➤ Prato Principal deverá conter:

1 fonte proteica de origem vegetal • Leguminosas

Acompanhamentos fornecedores de Hidratos de Carbono

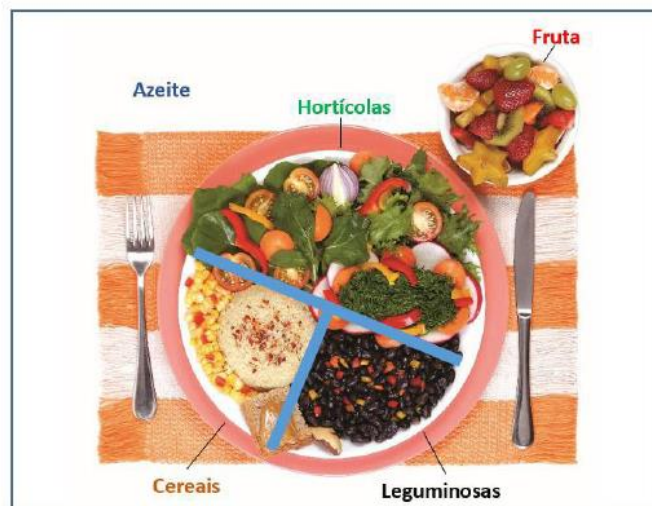
• Cereais ou Derivados (arroz, massa, mandioca, cuscuz)
• Tubérculos (batata, batata-doce)

Produtos Hortícolas

• Crus ou cozinhados

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana



(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

Refeição	Composição
Pequeno-almoço	1 caneca de bebida vegetal (250ml) com 6 colheres de sopa de flocos de cereais não açucarados (ex. aveia, milho, etc.)
Merenda da Manhã	1 banana
Almoço	Sopa de lentilhas Prato: 5 colheres de sopa (100g) de feijão 5 colheres de sopa (100g) de arroz 1/4 prato de couve penca 1 maçã
Merenda da Tarde 1	1 iogurte vegetal
Merenda da Tarde 2	1 pão com duas colheres de sobremesa de creme de frutos gordos
Jantar	Sopa de nabo com feijão verde 5 colheres de sopa (100g) de grão-de-bico 150 g de batata ½ prato de grelos cozinhados 1 nectarina

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Conclusão

- ▶ O nº de pessoas a adotar ou com interesse em adotar um regime alimentar vegetariano tem vindo a aumentar.
- ▶ Portugal é possuidor de uma vasta gama de produtos de origem vegetal ao longo do ano, de grande qualidade, bem como de uma tradição gastronómica que valoriza a presença de vegetais, a começar pela sopa.
- ▶ As dietas vegetarianas, quando planeadas apropriadamente, são consideradas saudáveis e nutricionalmente adequadas em todas as etapas do ciclo de vida, podendo até vir a ser úteis na prevenção e tratamento de determinadas doenças.

(Silva, Pinho, Borges, Santos, Santos & Graça, 2015)

Conclusão

- ▶ As dietas vegetarianas, como em qualquer regime alimentar, podem ser inadequadas, originando diversos desequilíbrios nutricionais que podem comprometer o normal crescimento e desenvolvimento.
- ▶ É importante que os indivíduos interessados em iniciar ou melhorar a sua alimentação, e que possuam interesse em adotar uma dieta vegetariana a longo prazo, consultem os seus profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, pois estes devem estar informados com o intuito de capacitar os indivíduos sabendo informar acerca dos benefícios e riscos associados a este tipo de alimentação, mas também aconselhar e acompanhar na prática a sua execução e ajudar a ultrapassar as barreiras naturais que possam surgir inicialmente.

(Silva, Pinho, Borges, Santos, Santos & Graça, 2015)

Referências Bibliográficas e Netgrafia

- ▶ Amaral, J. (2017). *Vegetarianismo em Idade Pediátrica: Revisão Sistemática de Documentos de Orientação*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Trabalho Final Mestrado Integrado em Medicina. Acedido a 25 de Abril de 2019. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31713/1/JoanaRFamaral.pdf>
- ▶ Associação Vegetariana Portuguesa. (2017). Acedido a 7 de Maio de 2019. Disponível em: <https://www.avp.org.pt/>
- ▶ Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, p. 4147-4182. Acedido a 4 de Maio de 2019. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa. Acedido a 25 de Março de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciarian%C3%A7ajov_20nov2010.pdf
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Acedido a 5 de Maio de 2019. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2735/2/ANEXO%20I%20E2%80%933%20Regulamento%20n.%C2%BA%20122%202011%20de%2018%20de%20fevereiro.pdf>

Referências Bibliográficas e Netgrafia

- DGS. (2016). Alimentação Vegetariana em Idade Escolar. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde. Acedido a 20 de Abril de 2019. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1460120952Alimentac%C3%A7%C3%A3oVegetarianaemIdadeEscolar.pdf
- Silva, E. (2015) A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido a 25 de Abril de 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1346/1/A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Enfermeiro%20na%20promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Parentalidade%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Elsa%20Silva.pdf>
- DGS. (2015). Linhas de Orientação para uma alimentação vegetariana saudável. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde. Acedido a 20 de Abril de 2019. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444910720LinhasdeOrienta%C3%A7%C3%A3oparaumaAlimenta%C3%A7%C3%A3oVegetarianaSaud%C3%Avel.pdf

OBRIGADA!



APÊNDICE 20

Sessão de formação realizada no Serviço de Internamento de Pediatria

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

ES
ENFERMAGEM
SAÚDE

IPS
INSTITUTO DE PESQUISA
SAÚDE

Faculdade Interdisciplinar de Ciências da Saúde
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO 2019-2020

Unidade Curricular: Estágio Final

Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica



Enfermeira Orientadora:
EEESIP Daniela Salsinha

Professora Orientadora:
Professor Margarida Malcata

Preletora:
Ana Valeriano, n.º 19340

Objetivos

- ▶ Garantir aumento de conhecimentos por parte da equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria do [REDACTED]
- ▶ Elucidar os profissionais de saúde sobre a temática da Alimentação Vegetariana em Idade Pediátrica;
- ▶ Alertar os profissionais de saúde para os principais riscos e possíveis benefícios deste tipo de regime alimentar;



Documentos DGS





Alimentação Vegetariana

➤ A alimentação vegetariana pode ser classificada como:

Ovolactovegetariana

- Exclui carne e pescado, permite ovos e laticínios

Lactovegetariana

- Exclui carne, pescado e ovos, permite laticínios

Ovovegetariana

- Exclui carne, pescado e laticínios, permite ovos

Vegetariana estrita e vegana

- Exclui todos os alimentos de origem animal

(DGS, 2016)



Alimentação Vegetariana

Exemplos	
Leguminosas	Vários tipos de feijão, grão-de-bico, ervilhas, lentilhas, favas, etc.
Hortícolas	Couve, cenoura, tomate, beringela, nabo, repolho, espinafres, brócolos, curgete, alho francês, beterraba, beldroegas, couve-roxa, etc.
Fruta	Laranja, kiwi, maçã, banana, pêssego, uvas, peras, melão, morango, manga, ananás, ameixa, romã, tangerina, amora, framboesa, dióspiro, etc.
Frutos gordos	Azeitona, amêndoa, nozes, amendoim, avelã, coco, caju, abacata, etc.
Sementes	Linhaça, abóbora, chia, papoila, sésamo, girassol, etc.
Gorduras e óleos	Azeite, óleos e cremes vegetais.
Cereais e tubérculos	Cereais (aveia, trigo, arroz, milho, cevada) e derivados (pão, massa) de preferência integrais, batata e batata-doce, trigo-sarraceno e pseudocereais como quinoa e amaranto, etc.
Laticínios*/ alternativas vegetais	Leite* ou bebida vegetal, iogurte*/queijo* (ou alternativas vegetais).
Ovo†	Ovo†, clara de ovo†

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

➤ Uma dieta vegetariana bem planeada pode conduzir a um crescimento e desenvolvimento normais em crianças e adolescentes.



➤ Carências nutricionais associadas ao regime vegetariano

(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana



- Laticínios e ovos
- Leguminosas
- Frutos Gordos
- Sementes
- Cremes de frutos gordos
- Cereais Integrais
- Pseudocereais (quinoa)



(DGS, 2016)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Alimentação Vegetariana

Gordura

- Frutos Gordos
- Sementes
- Abacate
- Azeite
- Óleos
- Crems Vegetais



(DGS, 2016)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

Alimentação Vegetariana

Hidratos de Carbono

- Cereais
- Tubérculos
- Fruta
- Leguminosas



(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

Fibras

- Cereais Integrais
- Fruta
- Hortícolas
- Leguminosas



(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

Ferro

- Leguminosas
- Cereais Integrais
- Hortícolas de cor verde escura
- Sementes
- Frutos Gordos
- Tofu
- Ovos
- Flocos de cereais



(DGS, 2016)

Alimentação Vegetariana

➤ Benefícios:



(Barranha, 2017)

Alimentação Vegetariana

- A alimentação deverá ser o mais variada possível, recorrendo a produtos frescos, pouco processados;
- Deverá ser privilegiado o consumo de leguminosas (feijão, grão, ervilhas, lentilhas...), cereais integrais e hortícolas como ingredientes principais na refeição;
- Deverá ser evitado o consumo de alimentos excessivamente processados, como a soja texturizada, refeições pré-preparadas, refeições tipo *fast-food* e refrigerantes;
- O azeite deverá ser a gordura de eleição para cozinhar e temperar.
- Deverá ser privilegiado o consumo de produtos locais e da época;

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

- Deverá ser consumido pouco sal (dando preferência ao sal iodado ou substituindo-o por especiarias e ervas aromáticas) e pouco açúcar (privilegiando os açúcares já naturalmente presentes nos alimentos);
- Deverá ser evitado o consumo de laticínios à refeição ou como sobremesa (já que o cálcio presente nestes alimentos poderá inibir a absorção do ferro da refeição se consumidos em conjunto);
- A sopa de hortícolas deverá conter leguminosas, caso o prato principal não inclua leguminosas ou derivados;
- Os processos culinários devem evitar a fritura ou a exposição dos alimentos a temperaturas elevadas durante tempo excessivo.

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

- Prato Principal deverá conter:

1 fonte proteica de origem vegetal

• Leguminosas

Acompanhamentos fornecedores de Hidratos de Carbono

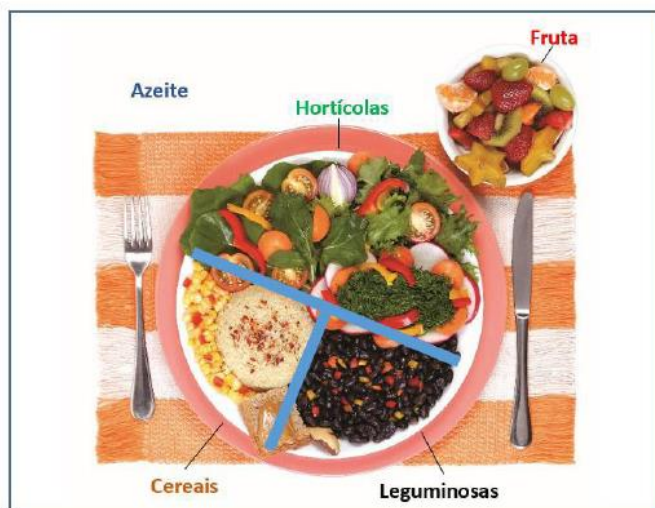
• Cereais ou Derivados (arroz, massa, mandioca, cuscuz)
• Tubérculos (batata, batata-doce)

Produtos Hortícolas

• Crus ou cozinhados

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana



(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Alimentação Vegetariana

Refeição	Composição
Pequeno-almoço	1 caneca de bebida vegetal (250ml) com 6 colheres de sopa de flocos de cereais não açucarados (ex. aveia, milho, etc.)
Merenda da Manhã	1 banana
Almoço	Sopa de lentilhas Prato: 5 colheres de sopa (100g) de feijão 5 colheres de sopa (100g) de arroz 1/4 prato de couve penca 1 maçã
Merenda da Tarde 1	1 iogurte vegetal
Merenda da Tarde 2	1 pão com duas colheres de sobremesa de creme de frutos gordos
Jantar	Sopa de nabo com feijão verde 5 colheres de sopa (100g) de grão-de-bico 150 g de batata 1/4 prato de grelos cozinhados 1 nectarina

(Lobato, Silva, Cramês, Santos & Graça, 2016)

Conclusão

- ▶ O nº de pessoas a adotar ou com interesse em adotar um regime alimentar vegetariano tem vindo a aumentar.
- ▶ Portugal é possuidor de uma vasta gama de produtos de origem vegetal ao longo do ano, de grande qualidade, bem como de uma tradição gastronómica que valoriza a presença de vegetais, a começar pela sopa.
- ▶ As dietas vegetarianas, quando planeadas apropriadamente, são consideradas saudáveis e nutricionalmente adequadas em todas as etapas do ciclo de vida, podendo até vir a ser úteis na prevenção e tratamento de determinadas doenças.

(Silva, Pinho, Borges, Santos, Santos & Graça, 2015)

Conclusão

- ▶ As dietas vegetarianas, como em qualquer regime alimentar, podem ser inadequadas, originando diversos desequilíbrios nutricionais que podem comprometer o normal crescimento e desenvolvimento.
- ▶ É importante que os indivíduos interessados em iniciar ou melhorar a sua alimentação, e que possuam interesse em adotar uma dieta vegetariana a longo prazo, consultem os seus profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, pois estes devem estar informados com o intuito de capacitar os indivíduos sabendo informar acerca dos benefícios e riscos associados a este tipo de alimentação, mas também aconselhar e acompanhar na prática a sua execução e ajudar a ultrapassar as barreiras naturais que possam surgir inicialmente.

(Silva, Pinho, Borges, Santos, Santos & Graça, 2015)

Referências Bibliográficas e Netgrafia

- ▶ Amaral, J. (2017). *Vegetarianismo em Idade Pediátrica: Revisão Sistemática de Documentos de Orientação*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Trabalho Final Mestrado Integrado em Medicina. Acedido a 25 de Abril de 2019. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31713/1/JoanaRFamaral.pdf>
- ▶ Associação Vegetariana Portuguesa. (2017). Acedido a 7 de Maio de 2019. Disponível em: <https://www.avp.org.pt/>
- ▶ Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, p. 4147-4182. Acedido a 4 de Maio de 2019. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa. Acedido a 25 de Março de 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciarian%C3%A7ajov_aprovadoag_20nov2010.pdf
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Acedido a 5 de Maio de 2019. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2735/2/ANEXO%20%20E2%80%933%20Regulamento%20n.%C2%BA%20122%202011%20de%2018%20de%20fevereiro.pdf>

Referências Bibliográficas e Netgrafia

- ▶ DGS. (2016). Alimentação Vegetariana em Idade Escolar. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde. Acedido a 20 de Abril de 2019. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1460120952Alimentac%C3%A7%C3%A3oVegetarianaemIdadeEscolar.pdf
- ▶ Silva, E. (2015) A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido a 25 de Abril de 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1346/1/A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Enfermeiro%20na%20promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Parentalidade%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Elsa%20Silva.pdf>
- ▶ DGS. (2015). Linhas de Orientação para uma alimentação vegetariana saudável. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Direção Geral de Saúde. Acedido a 20 de Abril de 2019. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444910720LinhasdeOrientac%C3%A7%C3%A3oparaumaAlimenta%C3%A7%C3%A3oVegetarianaSa%C3%A1vel.pdf

